

6+

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№10 (214) ОКТЯБРЬ 2020





«Дискуссии не уместны и вредны - нужны четко координируемые действия»...

Коронавирус выявил накопившиеся проблемы в вопросах охраны здоровья в стране: от сугубо отраслевых - нехватки кадров и их квалификации, оборудования, медикаментов, дефицита финансирования - до организационных провалов, в том числе в вопросах межведомственного взаимодействия.

«Медицина региона работает сегодня в экстремальном режиме» - именно так оценивают ситуацию представители регионального ОНФ. Свои **комплексные предложения** по стабилизации положения, подготовленные с учетом мнения экспертов, в том числе и из других субъектов России, «фронтовики» в начале октября передали в краевой штаб, региональный минздрав, отдельные - в Общероссийский народный фронт.

Свою позицию мы не скрывали от заинтересованных СМИ: в частности, краевая газета «Алтайская правда» частично ее опубликовала (<https://www.ap22.ru/paper/Samone-rassosetsya.html>).

Мы не снимаем с повестки проблему (именно проблему) дефицита кадров, защиты медицинских работников, страхования профессиональных рисков. **Актуальна тема первичной подготовки специалистов - медиков для края.** Отток кадров из системы здравоохранения по естественным причинам есть. Но - когда ушел из профессии потому, что «разочаровался», просто «устал» и из-за неадекватного риска и трудозатратам уровня оплаты труда!.. Тема «медицинского гастарбайтерства» из регионов также постоянно поднимается нами на федеральных площадках. Не по-государственному! Условия оплаты труда медиков в столичных (не федерального статуса специализированных!) медицинских организаций - буквально в разы (!) отличаются от аналогичных «периферийных»... Это касается и других социальных гарантий. Задача развития медицинского вуза и колледжей в крае, в первую очередь, как важнейших для региона учебных учреждений, - задача и региональных властей. Выпускники из других регионов массово к нам не поедут. И сегодня это очевидный факт. То, что вуз - федерального подчинения, должно только усилить внимание к нему региональных властей, активнее строить взаимодействие. Именно выпускников АГМУ ждут наши лечебные учреждения.

Ситуация с «COVID-19» в стране и мире широко обсуждается. Но не хватает четкой публично озвученной позиции лиц, принимающих решения, представителей власти. Информация в СМИ сводится к приведению статистики и заверениям в «полном контроле над ситуацией». Такая подача не результативна, не дает внятных алгоритмов действий в сложной ситуации, не утоляет информационного голода населения. Но способствует провоцированию паники и тревоги, подогревает дискуссии «диванных экспертов», не уместных и даже вредных сейчас. **Нужна информация доступно изложенная, толкуемая однозначно.** Если ситуация названа «военным положением», то и «сводки с фронта» надо давать только из «ставки главнокомандующего», - официального штаба по борьбе с коронавирусом, а не из отдельных «окопов» и тем более не из-за «линии фронта». В этом штабе должны сосредотачиваться предложения по управлению ситуацией, прорабатываться с профильными ведомствами, чтобы расшивать «узкие места». Нужно честно говорить о проблемах, смотреть на один - а лучше на три! - шага вперед. Прогнозы развития ситуации и возможные меры должны быть четко расписаны! Если решение проблем требует федерального уровня, нужно обращаться туда. «Лучше не высовываться» - неправильная тактика. Ситуация, действительно, может стать критической.

Рост числа случаев, отсутствие четкой координации профильных служб вызывает у людей панику, заставляет их обращаться в минздрав, прокуратуру, администрацию Президента. Региональный исполком ОНФ и СМИ также отмечают многократный рост таких обращений. Задача власти: **не только слышать, но и услышать, а главное - адекватно действовать.** Возможно, все обращения граждан нужно сосредоточить в едином колл-центре при краевом штабе, где на этапе их сортировки будут работать опытные организаторы - представители разных ведомств, «вылавливающие» как системные сбои, так и требующие персонального решения проблемы (Возможно, эти функции возьмет на себя только что созданный губернатором Центр управления регионом.)

В разы выросло количество проверок надзорных органов медицинских учреждений. Руководители говорят о бесконечных селекторах, отчетах, что колоссально мешает основной работе - организации лечебного процесса. Решения требуют совершенно конкретные вопросы, которые и не возникали раньше, и часть из них никак не связана непосредственно с медицинскими компетенциями, лечебным процессом. В нынешней ситуации снять с руководителей медицинских организаций целый ряд хозяйственных, технических задач - в ситуации, когда каждый «штык на счету», - было бы логично. И не силами волонтеров или представителей бизнеса, эмоциональными флешмобами... Именно в этом видим задачу краевого штаба. Штаб - это постоянно действующий, буквально круглосуточно, рабочий орган, а не место обмена мнениями представителей различных ведомств о ситуации...

Не только информировать, но и обучать. Принципиально важно организовать целенаправленную информационную кампанию через все краевые и муниципальные СМИ: о том, как действовать в случае контакта с инфицированными людьми, в том числе членами семьи, давать разъясняющие (обучающие) рекомендации тем, кто получает лечение на дому. Также нужны постоянные информационные блоки «СТОП коронавирус!» на федеральных телевизионных каналах. Ведь образ жизни значительной части населения, особенно на селе, не связан с интернет-ресурсами! Поэтому нужны именно образовательные передачи для населения с понятным изложением и демонстрацией навыков помощи при возможных ситуациях при данной тяжелой инфекции. Переболевшие нуждаются в серьезном восстановительном лечении, но по факту возможностей для этого в условиях ЛПУ нет. Использование телевизионного ресурса с обучающей целью - также актуально.

Есть ли еще резервы?! Да, COVID-19 - во всей России. Но есть территории, требующие федеральной поддержки. Само «не рассосется»! Возможно, со временем выявится и региональная специфика распространения инфекции. Но там, где меры приняты несвоевременно или недостаточные, - кривая заболеваемости растет!

Кадровых резервов у нас не было и нет, нет и готовности к такому масштабу госпитализации - не только в крае, но и в мире. Потребовалось срочное обучение персонала, переоборудование и оснащение помещений. Медики решали эти задачи буквально в авральном режиме, используя все мыслимые и немыслимые ресурсы, иногда в отсутствие четких инструкций, опираясь исключительно на здравый смысл и практический опыт. С самого начала эпидемии они работают без передышки! Переболевшие снова встают в строй, не восста-

новившись полностью, несмотря на усталость, выгорание и семейные проблемы.

Будь у нас уверенность в скорой стабилизации ситуации, и то трудно было бы рассчитывать исключительно на свои силы, включать последние резервы. Но ее точно нет. Как нет достаточного количества инфекционных стационаров для заболевших. Да, есть планы их строительства в регионах РФ, но они долгосрочные.

Если говорить о возможных площадках на базе торговых центров города для размещения COVID-госпиталя. По нашему мнению, это очень спорный, в силу особенностей планировки и высокой стоимости переоборудования, вопрос. Опыт приспособления под нужды медицины социальных объектов в стране есть: например, на базе «Ленэкспо» (Санкт-Петербург) местные власти оборудовали ковидный госпиталь, потратив на проект почти миллиард рублей, и эти павильоны еще не прошли лицензирования на медицинскую деятельность.

Но и подбор идеального помещения **не решает** автоматически вопрос медицинских и иных кадров, формирования работоспособного коллектива новой структуры. Специалисты-медики отмечают более тяжелое течение заболевания у пациентов «осенней волны», подчеркивают важность наличия в госпитале достаточных технологических возможностей. От медицинской аппаратуры до обеспечения медицинским кислородом и, что еще важнее, - кадрами, причем, высокой квалификации и дополнительно подготовленными. Именно поэтому нам кажется более реальной и конструктивной позиция, что таким «объединенным госпиталем» должен стать нагорный медицинский кластер, включая и те учреждения, которые уже в «красной зоне», и те, которые пока нет, предполагая возможность его расширения по площади вплоть до санатория «Барнаулский».

Возможно, разумнее резервы, предусмотренные на перепрофилирование торговых центров, экстренно направить на решение проблем действующих стационаров края - создать в них условия, требуемые для инфекционных стационаров и тяжелых пациентов. Перепрофилирование других (немедицинских) помещений теоретически возможно, но только таких, которые можно будет легко оборудовать под инфекционные стационары. Они должны быть функциональны, комфортны для больных и персонала, автономны, оснащены необходимой инфраструктурой (от пищеблока до вентиляции). Мы будем готовы поддержать подобный вариант. Считаем, что в сложившейся ситуации региону не обойтись без экстренной помощи федеральных властей, в том числе и для организации дополнительных госпиталей - финансовой, кадровой, технологической, лекарственной. По стабилизации ситуации важно оперативно вернуться к полномасштабной плановой медицинской помощи, ведь негативные последствия ее вынужденного прекращения уже очевидны. И к этому нужно готовиться сейчас.

Хотелось бы искренне сказать спасибо экспертам ОНФ различных специальностей, тем, кто горячо боится за дело, за результат, кто оперативно подключается к изучению проблем, обсуждает их в профессиональной среде и формулирует конкретные предложения, - именно такой подход обеспечивает свежие и нестандартные решения. Вижу в таком социальном партнерстве ростки того «глубинного государства», которые обеспечат нам и социальный прорыв, и принципиально иную шкалу моральных ценностей его граждан. ☺

И.В. Козлова,
главный редактор журнала,
сопредседатель
регионального ОНФ
Алтайского края





Валерий Владимирович ШЕВЧЕНКО, главный внештатный специалист по инфекционным болезням министерства здравоохранения Алтайского края, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», кандидат медицинских наук, врач-инфекционист высшей квалификационной категории, доцент кафедры эпидемиологии, микробиологии и вирусологии АГМУ

COVID-19.

Всё, что нужно знать о коронавирусе

Сегодня одной из причин роста заболеваемости остается активное формирование организованных коллективов.

В летний период многие люди уезжали из города, были закрыты образовательные учреждения и, в связи с этим, наше общество заметно разобщилось. Однако с приходом осени и началом нового учебного года все вернулись к привычной общественной жизни, что способствовало быстрой реализации передачи возбудителей заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем.

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) - это факт, который неожиданно появившись, внёс свои коррективы в привычное течение нашей жизни. Однако ни в коем случае не стоит забывать и о других заболеваниях. Нынешняя ситуация с распространением COVID-19 усугубляется тем, что на это время (осенний период) выпал подъем заболеваемости острыми респираторными инфекциями. Поскольку ис-

ход варианта смешения двух инфекций остается непредсказуемым, пока невозможно определить насколько такая микст-инфекция будет утяжелять состояние пациента. Поэтому особое внимание в осенне-зимний период необходимо уделить специфической профилактике гриппа.

ОРВИ и COVID-19: в чем разница?

Часто неподготовленному человеку достаточно сложно отличить симптомы сезонного ОРВИ от проявлений COVID-19.

У этих заболеваний есть схожие признаки, однако **за весь период работы в условиях распространения новой коронавирусной инфекции клиницисты выделили ее основные симптомы.** Практически в 90% случаев это:

- ▶ **повышение температуры тела** выше 38°C,

- ▶ **сухой кашель** или кашель с малым количеством мокроты,

- ▶ **наличие признаков общей интоксикации** - слабость, недомогание.

Кроме того, в 10-15% случаев встречается **снижение или отсутствие обоняния и чувства вкуса.**

Определенного патогномичного симптома у заболевания COVID-19 нет, однако есть **признак, который выделяет COVID-19 из группы ОРВИ:** это проявления дыхательной недостаточности - чувство заложенности в грудной клетке, одышка.

Диагностика COVID-19

Основной контингент для проведения обследования на COVID-19



сегодня четко определен. В частности, это те люди, которые:

- ◆ состояли в контакте с уже заболевшими,
- ◆ имеют клинические признаки COVID-19, особенно лица старше 65 лет,
- ◆ пациенты с пневмонией.

Очень важно с пониманием отнестись к сложившейся ситуации, поскольку анализ, в первую очередь, делается для того, чтобы специалисты могли точно определиться с клинической ситуацией и как можно скорее улучшить состояние человека, у которого есть риск тяжелого течения COVID-19.

Исследование на новую коронавирусную инфекцию проводится вариантом забора мазка из носа и ротоглотки, который проводят специалисты поликлиники или стационара.

Для выявления воспаления лёгких сегодня используют компьютерную томографию. Наряду с этой методикой диагностики эффективно используют и рентгенологическое исследование лёгких, что значительно ускоряет процесс оказания помощи.

По объективным данным, результатам исследований врачи анализируют ситуацию и определяют тактику ведения пациента (амбулаторное или стационарное лечение).

Что делать, если...

Сегодня обстановка складывается таким образом, что из-за резкого повышения уровня заболеваемости в разы возросла нагрузка на систему здравоохранения. Поэтому сейчас особенно важно следовать нескольким простым рекомендациям в случае, если вы обнаружили у себя симптомы COVID-19.

Во-первых, важно не идти на прием к врачу самостоятельно. Для того чтобы исключить возможность заражения других

ПРАВИЛА БЕЗОПАСНОГО НОШЕНИЯ НЕМЕДИЦИНСКИХ ТКАНЕВЫХ МАСОК

ЧТО НУЖНО ДЕЛАТЬ

Поместите маску на лицо так, чтобы она полностью прикрывала и нозу и рот.

Маска должна закрывать нос, рот и подбородок.

Не касайтесь маски во время использования.

Перед снятием маски необходимо вымыть или продезинфицировать руки.

Снимайте маску за завязки или ушные петли, evitando за них пальцы.

Отверните маску от лица.

Если маска сухая и чистая и вы уверены использовать ее повторно, положите ее в чистый герметично закрытый полиэтиленовый пакет.

Выкидывайте маску из пакета, держите ее за завязки или ушные петли.

Тканевые маски рекомендуется стирать с мылом или моющим средством в горячей воде не менее 60 градусов не реже одного раза в день.

После снятия маски обработайте или вымойте руки.

ЧЕГО НЕ НУЖНО ДЕЛАТЬ

Маски с повреждениями (подкожные) использовать не следует.

Не носите маску, если она неплотно сидит на лице.

При ношении маски ее верхняя кромка не должна касаться нижней челюсти.

Не снимайте маску, если в радиусе 1 метра от вас находятся другие люди.

Не пользуйтесь маской, если через нее трудно дышать.

Если маска грязная или сырая, надевать ее не следует.

Не используйте свою маску совместно с другими людьми.

людей, необходимо остаться дома и вызвать специалиста поликлиники или скорой медицинской помощи. **Во время совершения вызова очень важно чётко и правильно рассказывать о своих симптомах** и помнить, что единственным источником достоверной информации для специалистов в этот момент являетесь вы. Грамотное составление заявки позволит медицинским работникам верно оценить степень тяжести состояния пациента и проконсультировать о порядке действий до явки врача или приезда скорой помощи.

Во-вторых, после консультации с врачом необходимо чётко следовать его рекомендациям.

Правила поведения

В этот непростой для нас всех период важно быть предельно внимательным к своему здоровью и здоровью своих близких, а также соблюдать все рекомендации по профилактике распространения COVID-19:

- чаще мыть руки;
- носить медицинские маски в общественных местах, местах большого скопления людей;
- соблюдать социальную дистанцию;
- снизить социальную активность и оставаться дома;
- внимательно следить за своим самочувствием и своевременно обращаться к врачу. ☺



Борьба с туберкулезом под угрозой

До пандемии COVID-19 многие страны добились устойчивого прогресса в борьбе с туберкулезом. Глобальные и политические обязательства приносили результаты. В период 2015-2019 годов заболеваемость туберкулезом снизилась на 9%, смертность от него - на 14%.

Согласно новому докладу ВОЗ, по-прежнему сохраняется проблема доступа к услугам по лечению туберкулеза, и, вероятно, глобальные целевые показатели в области профилактики и лечения не будут достигнуты без принятия срочных мер и вложения средств.

В 2019 году от заболеваний, связанных с туберкулезом, умерло около **1,4млн человек**. Заболело туберкулезом почти **10млн**, причем в **3млн случаев** он не был диагностирован или же об заболеваемости не были официально уведомлены соответствующие органы. Лекарственно устойчивый туберкулез был впервые диагностирован у **465 тысяч человек**, из них **менее 40%** смогли получить доступ к лечению.

В 2018-2019 годах лечение от туберкулеза получили **около 14млн человек** (треть пути к достижению целевого показателя в 40млн человек за 2018-2022 годы), профилактическое лечение начали **6,3млн человек** (пятая часть пути к достижению пятилетнего целевого показателя в 30млн человек).

Одной из основных проблем является финансирование. В 2020 году на профилактику, диагностику, лечение и уход в отношении туберкулеза было выделено **\$6,5млрд** (лишь половина целевого показателя в \$13млрд, согласованного мировыми лидерами в Политической декларации ООН по туберкулезу).

Сбой в работе служб, вызванный пандемией COVID-19, привел к дальнейшему снижению темпов. Во многих странах кадровые, финансовые и другие ресурсы были перераспределены из области борьбы с туберкулезом в область борьбы с COVID-19.

Пандемия COVID-19 и туберкулез

Согласно новому докладу, данные более 200 стран свидетельствуют о значительном сокращении числа уведомлений о случаях заболевания туберкулезом, при этом в трех странах с тяжелым бременем заболеваемости - Индии, Индонезии, Филиппинах - за 6 месяцев 2020 года этот показатель снизился на 25-30% по сравнению с аналогичным периодом 2019 года. По результатам моделирования ВОЗ, такое сокращение числа уведомлений о случаях заболевания может привести к резкому росту числа дополнительных случаев смерти от туберкулеза.

В соответствии с руководящими указаниями ВОЗ страны приняли меры по смягчению воздействия COVID-19 на основные услуги в области борьбы с туберкулезом, в том числе путем усиления инфекционного контроля. Так, **108 стран расширили использование цифровых технологий для предоставления дистанционных консультаций и поддержки**. Чтобы сократить потребность в посещениях медицинских учреждений, многие страны поддерживают лечение на дому, лечение лиц с лекарственно устойчивым туберкулезом только пероральными препаратами, предоставление профилактического лечения туберкулеза и обеспечение надлежащего снабжения людей с туберкулезом лекарственными препаратами.

В недавнем докладе Генерального секретаря ООН о ходе работы **намечено 10 приоритетных действий** для государств-членов и



других заинтересованных сторон, направленных на ликвидацию пробелов в сфере оказания медицинской помощи, финансирования и научных исследований в области туберкулеза, а также на активизацию многосекторальной деятельности и обеспечение подотчетности, в том числе в условиях пандемии COVID-19.

Факты о туберкулезе

◆ **Возбудитель туберкулеза** - основной инфекционной причины смерти в мире - бактерии (*Mycobacterium tuberculosis*), которые чаще поражают лёгкие. Туберкулез *передается* воздушно-капельным путем.

◆ **Около 90% людей, больных туберкулезом, проживают в 30 странах.** Среди мужчин больше случаев заболевания, чем среди женщин.

◆ **Туберкулез можно предотвратить и излечить.** 85% людей, у которых развивается туберкулез, могут быть успешно вылечены с помощью шестимесячного курса лечения.

◆ **С 2000 года, благодаря лечению туберкулеза, удалось предотвратить более 60млн случаев смерти.** При этом всеобщий охват услугами здравоохранения всё еще не обеспечен, и миллионы людей остаются не охваченными диагностикой и лечением. ☹



Рентген или КТ?

Пандемия новой коронавирусной инфекции оказала огромное влияние на систему здравоохранения в целом, и Алтайский край не стал исключением. В регионе работают несколько ковидных госпиталей, а в краевом Диагностическом центре развернута «красная зона», в которой проводится диагностика коронавируса и внебольничной пневмонии с помощью компьютерной томографии (КТ) лёгких, измерения сатурации, мазков и анализов крови. Кроме того, во время сезонного всплеска заболеваемости ОРВИ к диагностической работе подключились поликлиники.

На вопросы об эффективности рентгена, в чем разница между ним и КТ, почему КТ лёгких необходимо выполнять не всем коронавирусным больным отвечает главный внештатный рентгенолог регионального министерства здравоохранения **Владимир Гешадьевич КОЛМОГОРОВ**.



- Согласно методическим рекомендациям Минздрава РФ от 3 сентября 2020 года «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», применение КТ целесообразно для первичной оценки состояния органов грудной клетки у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами коронавируса. Конечно, эта процедура выявляет изменения лёгких у многих пациентов с бессимптомной и легкой формами заболевания, которым не нужна госпитализация. Однако в этих случаях результаты КТ не влияют на тактику лечения и прогноз. Поэтому массовое применение КТ для скрининга легких форм болезни не рекомендуется.



Рентгеновский снимок Компьютерная томография

- Рентгенография лёгких и КТ - в чем разница?

- В лучевой диагностике используются два основных рентгенологических метода исследования лёгких: традиционная рентгенография (флюорография) лёгких и рентгеновская компьютерная томография лёгких. Оба метода широко применяются в клинической практике, позволяют уверенно визуализировать патологические изменения в лёгких, имеют свои преимущества и недостатки.

КТ лёгких - более сложный лучевой метод диагностики. Он позволяет более тщательно рассмотреть все отделы и сегменты лёгочной ткани, бронхиального «дерева» а также оценить состояние органов средостения.

- Почему КТ не назначают всем пациентам с COVID-19?

- Далеко не каждому пациенту с пневмонией или новой коронавирусной инфекцией необходимо делать КТ. Как я уже говорил, применение КТ целесообразно для первичной оценки состояния органов грудной клетки у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания, а также для дифференциальной диагностики выявленных изменений. КТ выявляет изменения лёгких у значительного числа пациентов с бессимптомной и легкой формами заболевания, которым не требуется госпитализация. Результаты КТ в этих случаях не влияют на тактику лечения и прогноз заболевания при наличии лабораторного подтверждения COVID-19. Поэтому массовое применение КТ для скрининга легких форм болезни не рекомендуется.

Ограничениями КТ в сравнении с рентгенографией и флюорографией являются меньшая доступность технологии, недоступность КТ для пациентов, находящихся на ИВЛ, и высокая потребность в КТ-исследованиях для диагностики других заболеваний. Применение лучевых методов у пациентов возможно только по конкретным клиническим показаниям, определяемым лечащим врачом. И даже если на рентгенограмме нет признаков поражения лёгких, но у пациента присутствуют симптомы заболевания - врач будет назначать лечение, исходя из клинической картины, а не лучевой. Говоря простым языком, врач лечит не «снимок», а пациента с учетом степени выраженности симптомов заболевания (кашель, насморк, температура, низкое насыщение кислородом и т.д.).

Течение коронавирусной инфекции может протекать индивидуально, поэтому нельзя всех пациентов загонять в какие-то рамки: в одном случае рентгенологического исследования лёгких достаточно, в другом - необходимо проводить КТ. И решать это должен лечащий врач. ☺



Продолжение. Начало в №5(209) - №6(210), №9(213) 2020 года

Медики - всегда на передовой!

Мы продолжаем разговор с руководителем Центра развития детского туризма КГБУ ДО «Алтайский краевой центр детского отдыха, туризма и краеведения «Алтай» Мариной Петровной КИПРИЯНОВОЙ - одним из активных исследователей организации и функционирования эвакуогоспиталей в Алтайском крае в период 1941-1945 годов.

В прошлом номере мы говорили о том, какие чрезвычайные меры пришлось предпринимать по ускоренной подготовке и переподготовке врачей, сестринского и младшего медперсонала для обеспечения функционирования эвакуогоспиталей и для оказания помощи гражданскому населению края.

- Марина Петровна, помимо лечебной работы и обучения на местах проводилась еще и научно-исследовательская работа?

В план научно-исследовательской работы эвакуогоспиталя обязательно включались проведение и участие в конференциях различного уровня, повышение квалификации и переквалификация медкадров. Научные работники организовывали консультации в госпиталях, проводили сложные операции, разрабатывали новые методы лечения, читали лекции раненым военнослужащим, обучали персонал. Ограниченность медицинских ресурсов активизировала не только рационализаторство, но и поиск возможностей производства лекарственных средств и препаратов из местного сырья.

Алтайский край в предвоенные годы не имел собственной научной базы, поэтому основная работа велась в содействии с научными центрами Томска, Омска, Ново-

сибирска, Иркутска и т.д. Большую помощь в обобщении и передаче практического опыта ведущих медицинских специалистов эвакуогоспиталей края оказывали научные сессии, которые проводил эвакуированный в Барнаул Астраханский медицинский институт. Профессора и научные сотрудники Украинского института экспериментальной эндокринологии проводили научные конференции и практические семинары по применению гормональных и витаминных препаратов, ускоряющих заживление ран и костных переломов, оказывали большую помощь для повышения квалификации врачей эвакуогоспиталей и медучреждений края.

За годы войны врачами алтайских эвакуогоспиталей было подготовлено более 40 научных работ, имеющих большое практическое значение для организации лечебной работы: «Семиотика огнестрельных ранений лобных долей мозга» (профессор Б.Д. Каплан), «Иммобилизация лёгкого в проблеме коллапсотерапии» (профессор И.А. Равич-Щербат), «Анализ 1000 случаев поражений нервной системы после боевых травм» (профессор А.М. Вегер и доктор Л.К. Пелепейченко), «Ошибки в диагностике местного столбняка» (к.м.н. Р.А. Гешвандтнер), «Основные ошибки госпитальных врачей в гнойной хирургии» (доцент Д.Г. Александровский), «Патогенез и лечение отмо-



рожений» (К.И. Зеров), «К вопросу о клинике алиментарных дистрофий» (А.В. Дроздов) и т.д.

В числе научных работ алтайских медиков военного времени - 12 изобретений и рацпредложений. Стоит отметить такие работы, как «О возможности применения строительного алебастра вместо медицинский гипса» доктора М.С. Сошниковой, «Новый тип временных протезов для целей подготовки культуры к постоянному протезированию» доцента К.М. Климова, «Лечение гнойных ран пихтовой мазью» доцента Ш.И. Поволоцкого, «Аппарат для фоторентгенографии» доктора М.Н. Гутмана, «Лечение военно-травматических повреждений грязью озера Большое Яровое» докторов Э.И. Хрипунова и А.А. Модель, и другие. В эвакуогоспиталях края трудился к.м.н. А.Л. Каганович-Дворкин, который изобрел аппарат для оперативной обработки и фиксации конечностей с равномерным вытяжением.

Во время Великой Отечественной войны в Алтайском крае ра-





ботали свыше 1000 врачей и 3000 средних медработников. В их числе 18 крупных научных сотрудников, 4 профессора, 5 доцентов, 9 кандидатов медицинских наук, ассистенты и другие высококвалифицированные сотрудники, многие из которых продолжали трудиться в передислоцированных к линии фронта госпиталях. Большой вклад в подготовку медицинских кадров, организацию лечебной работы и научной деятельности врачебных специалистов внесли Д.Г. Александровский, И.И. Добровольский, П.А. Тонконогов, А.Н. Чеглецов и другие.

- За каждым именем - самоотверженный труд, спасенные жизни и здоровье...

Многие из алтайских медиков в годы ВОВ за образцовую работу были удостоены наград Правительства СССР, знака «Отличник здравоохранения», получили грамоты и благодарности от НКЗ СССР и РСФСР, Алтайского крайздрава, командования эвакогоспиталей.

Например, за хорошее лечение бойцов и командиров Красной Армии и уход за ними секретариат ВЦСПС в феврале 1943 года наградила грамотами ВЦСПС и денежными премиями 96 медработников эвакогоспиталей ВЦСПС, в том числе и из Алтайского края.

- Основной задачей эвакогоспиталей было возвращение в строй раненых и больных военнослужащих. Но и трудовой тыл пополнялся комиссованными воинами. Эвакогоспитали каких специализаций были открыты в крае?

Согласно мобилизационному плану эвакогоспитали Алтайского края первой очереди имели преимущественно общехирургическую и терапевтическую специализацию. Основной контингент составляли раненые с повреждениями костей, часто осложненными остеомиелитами, контрактурами, свищами, а также с вялозаживающими ранами, множественными осколочными ранениями, обморожениями и ожогами, газовой гангреной, контузией, ам-



путацией конечностей, потерей зрения и слуха. Также поступали военнослужащие с острыми желудочно-кишечными и язвенными заболеваниями, пневмонией и болезнями органов дыхания, туберкулезом, болезнями сердца и сосудов, острым ревматизмом и нефритом, болезнями нервной системы, авитаминозом, дистрофией и истощением. Среди прочих болезней встречались камни в почках, диабет, геморрой, холецистит, малярия, острый гепатит, катаральная желтуха, сотрясение мозга, туляремия, сифилис и другие. Для оказания раненым и больным военнослужащим своевременной узкоспециализированной медицинской помощи и полноценного курса лечения были развернуты отоларингологический, челюстно-лицевой, травматолого-ортопедический, неврологический, инфекционный госпитали. В зависимости от потребности в эвакогоспиталях также открывались глазные, нейрохирургические, кожно-венерологические, урологические и другие специализированные отделения.

К концу 1941 года в крае были дополнительно сформированы три эвакогоспитали системы ВЦСПС на 950 коек. В эвакогоспитале №4094 имелись 250 общехирургических и 50 туберкулезных коек, в №4100 - 450 туберкулезных коек, в №2735 - 200 общехирургических коек. Среди эвакогоспиталей СибВО эвакогоспитали ВЦСПС занимали

особое место, так как развертывались на базах бывших домов отдыха, санаториев и курортов. Климатические условия и природная санаторно-курортная обстановка создавали предпосылки для достижения максимального эффекта в лечении. Богатейшие сибирские курорты «Карачи» и «Лебяжье» использовались для развертывания эвакогоспиталей на основах грязелечения и климатического лечения туберкулезных больных.

В зависимости от потока раненых и больных эвакогоспитали меняли свою специализацию. В июне 1942 года в Алтайском крае среди 30 эвакогоспиталей НКЗ на 13000 коек было 8900 общехирургических, 1800 травматических, 600 терапевтических, 500 неврологических коек, по 200 глазных, инфекционных, челюстных, нейрохирургических и протезных коек, по 100 урологических и лор-коек.

- Как выстраивалась логистика движения раненых, медицинская сортировка на всех этапах?

Ответственным за распределение раненых и больных по эвакогоспиталиям СибВО с учетом их специализации, оснащения и загруженности было УРЭП №62 в Новосибирске. Первичная сортировка происходила на вокзалах Новосибирска и Омска, где снимали наиболее тяжелых, требующих узкоспециализированной меди-





ишской помощи раненых и больных.

В населенных пунктах, где имелась сеть эвакуогоспиталей, выделялись сортировочные эвакуогоспитали, на которые возлагался прием санитарных эшелонов, сортировка раненых и больных военнослужащих, при необходимости - оказание первой медицинской помощи или санитарная обработка. Сортировочные эвакуогоспитали осуществляли руководство перемещениями раненых и больных между эвакуогоспиталями, потребность в чем могла возникать в зависимости от медпоказаний. В Барнауле сортировочную специализацию имел эвакуогоспиталь №1508, в Бийске - №№1513 и 1573, Рубцовске - №1232, Славгороде - №1512. Количество и наименование сортировочных эвакуогоспиталей в годы ВОВ не были постоянными.

- Как была организована работа военно-санитарных поездов, которые использовались для транспортировки раненых с фронта в тыловые эвакуогоспитали?

- Для удобства транспортировки раненых военнослужащих госпитали располагались вблизи железной дороги и на железнодорожных станциях не дальше 5км. К началу 1942 года действовал 431 постоянный и временный военно-санитарный поезд (ВСП).

Первые ВСП с ранеными стали прибывать на Алтай в сентябре 1941 года. Пунктами их разгрузки были железнодорожные станции (вокзалы) Алейска, Барнаула, Бийска, Рубцовска, Славгорода и других населенных пунктов вдоль железной дороги, в которых были развернуты эвакуогоспитали. Ответственными за своевременную разгрузку ВСП являлись начальники эвакуогоспиталей. Для разгрузки раненых из вагонов поезда устанавливалась санитарная рампа, формировались разгрузочные команды носильщиков и санитаров, подготавливался обменный фонд носилок и санитарный транспорт с достаточным количеством подушек и одеял для укрытия носилочных раненых. Для встречи поезда на станцию высылались приемщики от эвакуогоспиталя и медсестры для сопровождения лежачих раненых. В Алтайском крае на станциях Барнаул и Бийск и на мелких станциях под эвакуоприемщики использовались помещения вокзалов.

По прибытии поезда в пункт разгрузки начальник ВСП вручал представителю принимающего госпиталя заполненную сводную таблицу повагонного распределения прибывших. В повагонном списке отображалась сортировка раненых и больных по тяжести, характеру и эвакуационным признакам. Тяжелораненых и больных отправ-

ляли в госпиталь в первую очередь и на наиболее удобном виде транспорта. По окончании разгрузки санитарного поезда представители эвакуогоспиталей заполняли ведомость о приеме раненых и больных, а медсестры и санитарки получали истории болезней.

Система разгрузки ВСП в Алтайском крае в первый период войны (1941-1942гг.) имела слабую организацию. Так как для разгрузки могли привлекаться представители нескольких госпиталей одного населенного пункта или станции, это требовало от них слаженности и оперативности действий. Особенно это касалось сортировки прибывших и их распределения по эвакуогоспиталю. Выгрузка раненых с поезда происходила быстро, но разгрузка вокзала эвакуогоспиталями задерживалась до 10 часов. Сортировка по профилю проводилась непосредственно на платформе вокзала. Были случаи, когда представители госпиталей отказывались от тяжелораненых и больных в их же присутствии.

- И какие меры были приняты для решения этой проблемы?

- Для упорядочения процесса разгрузки Алтайским крайздравом и отделом эвакуогоспиталей были организованы сортировочные госпитали и сортировочные отделения при госпиталях №№1508, 1513, 1573, 1232, 1512 Барнаула, Бийска, Рубцовска и Славгорода. С этого времени прием ВСП и распределением по эвакуогоспиталю поступающих военнослужащих стал заниматься конкретный госпиталь, а не представители многих, что исключало выбор и отказ от приема тяжелораненых. Госпитали, расположенные на небольших станциях и в селах, разгружали раненых и больных самостоятельно и непосредственно в госпиталь.

Разгрузка ВСП на протяжении всей войны была сложным процессом, на развитие которого оказывали влияние несколько факторов. В Алтайском крае отсутствовал местный эвакуопункт (МЭП), контролирующей всю работу эва-





когоспиталей. Представители сортировочных госпиталей не всегда выезжали для встречи ВСП, в результате чего прибывших распределяли и развозили по эвакуогоспиталям без учета профиля госпиталя и характера поражения раненых и больных. Объяснялось это и недоработками УРЭП №62, и отсутствием у сортировочных госпиталей специальных привокзальных эвакуопримников и помещений необходимого размера и оснащением самих сортировочных госпиталей.

При большом поступлении раненых военнослужащих в штате эвакуогоспиталей не хватало санитаров и носильщиков. Поэтому для разгрузки ВСП на безвозмездной основе привлекались общественные организации РОКК и КП, комсомольские и шефские организации. Для получения практического опыта на разгрузке работали учащиеся Алейской, Барнаульской, Бийской и Рубцовской ФАШ и курсов медсестер и санитарок. По указанию ГВСУ РККА (от 19.07.1943 года) для рабочих и служащих, которые привлекались для разгрузки ВСП после рабочего дня, были созданы отдельные комнаты для отдыха, в которых до начала разгрузки проводились воспитательные мероприятия, в привокзальных ларьках они обеспечивались кипятком и хлебом по карточкам.

Из-за недостатка в эвакуогоспиталях теплой одежды и укрывных материалов в холодное время года раненые мерзли на вокзалах, ожидая своей очереди для транспортировки в эвакуогоспиталь. Основным являлся гужевой транспорт, но часто лошади были перегружены хозяйственной ежедневной работой, сильно истощены и болели, к тому же в период распутицы грунтовые дороги были сильно разбиты. В эвакуогоспитали, расположенные вблизи места разгрузки, ходячие раненые и больные в сопровождении медсестер могли добираться пешком. Так, в эвакуогоспитали Бийска раненые шли строем 3-4км от станции.



К середине 1943 года большая часть эвакуогоспиталей Алтайского края была передислоцирована в западном направлении. В регион стало поступать меньшее число раненых и больных, но в более тяжелом состоянии и с необратимыми процессами. Ресурсов эвакуогоспиталей, как правило, было достаточно, и процесс разгрузки ВСП был упорядочен.

- Как была организована работа приемных отделений эвакуогоспиталей?

- Прибывшие раненые и больные военно-служащие с пунктов разгрузки ВСП поступали в приемные отделения эвакуогоспиталей после обязательного прохождения санпропускника. В специальном его отделении поступивших больных раздевали, отправляя вещи в дезкамеру, а затем все без исключения шли в моечное отделение для санитарной обработки дезинфицирующими средствами. Обязательной для всех, кроме офицерского состава, являлась стрижка волос под машинку. После этих процедур военнослужащие направлялись в перевязочный кабинет, где для предотвращения занесения в госпиталь инфекции и педикулеза менялись все повязки, в том числе и гипсовые. Только после полной санитарной обработки раненые получали госпиталь-

ный халат, нательное белье, полотенце и обувь.

В приемном отделении дежурный врач оформлял раненых и больных, размещая на две недели в карантинные изоляторы - отдельно от ранее поступивших. Лихорадящие больные помещались в изолятор до уточнения диагноза. В периоды большого поступления раненых и больных дополнительные койки размещались в коридорах, клубах, медицинских кабинетах, бывших столовых - без соблюдения отдельного содержания вновь поступивших, но с созданием инфекционного отделения.

Личные вещи раненых и больных военнослужащих после обработки и починки поступали на хранение в склады госпиталя. В перечень предметов, разрешенных к хранению в палатах, входили конверты, бумага, карандаши, курительные принадлежности, предметы личной гигиены и небольшая сумма денег.

Все раненые и больные военнослужащие, поступившие в эвакуогоспиталь, приказом начальника госпиталя ставились на вешевое, продовольственное и денежное довольствие по нормам ШКО. История болезни и результаты анализов с предыдущих этапов эвакуации отображали диагноз, оказанное лечение и состоя-





ние поступившего военнотружущего. Диагноз проверялся и уточнялся на каждом этапе.

Члены семей военнотружущих, в том числе эвакуированные, а также военнотружущие частей и соединений, дислоцированных на территории региона, проходили лечение только в гарнизонных госпиталях ШКО в городах Анжеро-Судженске, Барнауле, Бийске, Канске, Кемерово, Красноярске, Новосибирске, Омске и Томске.

- Как помимо лечения в эвакуогоспиталях было обустроено проживание раненых и больных?

- Согласно правилам внутргоспитального порядка, все раненые и больные были обязаны соблюдать порядок, установленный в госпитале и выполнять распоряжения лечащего врача, медсестер, старшего по отделению (в палате). Для поддержания дисциплины среди раненых начальником медицинского отделения из числа находящихся на лечении воинов выделялись старший по отделению и старший по палате.

Ходячие больные после утреннего измерения температуры тела обязывались заправлять кровати - лежать или сидеть на кровати в одежде было запрещено. Кроме ежедневных обходов лечащего врача (в это время больные обязывались находиться в палатах) один раз в неделю совершался всеобщий обход госпитальной врачебной комиссией во главе с начальником госпиталя.

Физическая зарядка с ранеными и больными проводилась обязательно согласно назначению лечащего врача. Прогулки больных в зимнее и летнее время происходили в зависимости от погодных условий в установленное командованием время по разрешению лечащего врача. Лечебные процедуры и прием лекарств проводились в строго назначенное время и в присутствии медсестер. Ходячие принимали пищу в столовой, лежащих - няни кормили в палатах. Посещение больных род-



Машина «скорой помощи» времён Великой Отечественной войны.

ственниками и товарищами разрешалось в установленное начальником госпиталя время. Дежурство у тяжелобольных разрешалось с ведома начальника медицинского отделения и санкции начальника госпиталя. Увольнение раненых и больных в город запрещалось. Военнотружущий, недовольный лечением, обследованием или уходом, мог подать жалобу начальнику медицинского отделения.

- Каким образом была организована выписка?

- По окончании сроков лечения каждый военнотружущий проходил военно-врачебную комиссию, состоящую из начальника эвакуогоспиталя, лечащего врача, медицинских специалистов этого и других эвакуогоспиталей. В состав комиссии могли входить и приглашенные научные консультанты, представители партийных и органов здравоохранения, Алтайского краевого комитета помощи раненым.

По результатам комиссии военнотружущие, годные к строевой и нестроевой службе, получали документы, обмундирование, личные вещи и направлялись на военно-нересельный пункт Алтайского крайвоенкомата для дальнейшего направления в часть или на укомплектование новых воинских формирований и запасных частей СибВО.

Военнотружущие, признанные негодными к военной службе, дополнительно проходили врачебно-трудоу экспертную комиссию с участием органов социального обеспечения, по результатам которой им предоставлялся отпуск по болезни с переосвидетельствованием через 6 месяцев или год, или они подлежали увольнению из рядов РККА по состоянию здоровья.

Полностью комиссованные воины получали инвалидную степень и вставали на учет в органы соцобеспечения для получения пенсии и льгот по инвалидности. Инвалиды после получения пакета документов направлялись по месту призыва (жительства), часто в сопровождении медсестры. Взамен красноармейской книжки военный комиссариат выдавал им военные билеты. Инвалиды ВОВ, не имеющие возможности уехать домой (в оккупированные районы СССР), оставались в крае, получая жилье по месту трудоустройства, или поступали в интернаты для инвалидов войны.

Истории болезни больных, выписываемых из эвакуогоспиталей, хранились наряду с секретными документами. ☺

Продолжение следует.

Благодарим за фотографии Музей истории медицины Алтай и лично его директора И.Г. Беккера.



Реабилитация беременных после перенесенного COVID-19

Эпидемиологическая ситуация в мире, вызванная новым штаммом коронавируса SARS-CoV-2, продолжает оставаться напряженной.

Имеющиеся литературные данные свидетельствуют о том, что риск инфицирования беременных не отличается от такового для общей популяции взрослых людей. Важно отметить, что нет данных о зарегистрированных случаях материнской смертности по причине коронавирусной инфекции.

Согласно RCOG (Великобритания), имеющиеся данные о двух случаях рождения COVID-положительных новорожденных свидетельствуют о том, что передача инфекции от женщины ребенку во время беременности или родов (вертикальная передача) является вероятной, но требует дальнейшего изучения. Тем не менее, случаи заболевания у беременных вызывают особую тревогу, поскольку физиологические изменения в иммунной системе и системе гемостаза позволяют говорить о высокой подверженности (уязвимости) беременных этому заболеванию.

Ситуация на сегодня

Прошло полгода с того времени, как новая коронавирусная инфекция появилась на территории РФ и как вышла наша первая статья на страницах журнала «Здоровье алтайской семьи» (апрель 2020 года), посвященная этой теме, где мы говорили о том, что в Алтайском крае зарегистрирован первый случай выявления COVID-19 у роженицы. На 20 октября 2020 года в регионе выявлено 370 случаев заболевания у беременных, из них 180 выздоровели, 190 пациенток продолжают болеть и находятся на мониторинге.

Согласно методическим рекомендациям Минздрава России «Организация оказания медицинской помощи беременным, роженицам, роженицам

и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19», в стране определены основные параметры терапии как на госпитальном этапе, так и в амбулаторной практике.

Ранжирование всех случаев заболевания инфекцией COVID-19 у беременных осуществляется в соответствии с действующими нормативами: *подозрительный, вероятный, подтвержденный*. Среднетяжелые и тяжелые формы COVID-19 требуют обязательной госпитализации. При легких формах инфекции беременные могут наблюдаться в амбулаторных условиях без потенциального ущерба для своих семей.

Реабилитация после перенесенного COVID-19

С каждым днем из больниц выписывают всё больше пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. Но выписка из стационара - это не окончательное выздоровление, практически всем требуется медицинская реабилитация, чтобы восстановиться полностью и вернуться к привычной жизни. Однако по теме реабилитации беременных и рожениц пока недостаточно информации.

Основными направлениями реабилитации после перенесенной COVID-19 являются:

- ▶ улучшение вентиляции лёгких, газообмена и бронхиального клиренса,
- ▶ продолжение нутритивной поддержки (лечебного питания),
- ▶ повышение общей физической выносливости пациентов,
- ▶ коррекция мышечной слабости,
- ▶ повышение мобильности,
- ▶ преодоление стресса, беспокойства или депрессии,
- ▶ коррекция нарушения сна.



Ольга Васильевна РЕМНЕВА,

член Редсовета журнала, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории

«Реабилитация потребуется всем, кто переболел COVID-19, но особенно длительно будут восстанавливаться те, кто перенес это заболевание в тяжелой и средней форме».

Наталья САНИНА, первый заместитель председателя комитета Госдумы РФ по охране здоровья, главный терапевт Московской области, доктор медицинских наук, профессор

Реабилитация пациенток с тяжелым течением заболевания должна начинаться с первого этапа (отделения реанимации и интенсивной терапии), **продолжаться на втором этапе** (терапевтические отделения) **с акцентом на дыхательную гимнастику.**

Не рекомендуется форсировать увеличение движений и нагрузки. **Все дыхательные упражнения должны проводиться без напряжения, медленно, с ламинарным (ровным) потоком воздуха.** При наличии вязкой мокроты рекомендуется использовать ингаляции муколитиков с помощью индивидуальных ингаляторов с предварительным откашливанием, дыхательные упражнения на устранение обструкции (дренажные дыхательные упражнения) и откашливание с дренажным позиционированием. При отсутствии мокроты рекомендуется использовать ингаляции бронхолитиков и дыхательных упражнений с удлиненным выдохом.

На амбулаторном (третьем) этапе реабилитации должны производиться аэробные нагрузки продолжительностью 20-30 минут 3 раза в неделю на протяжении 8-12 недель. Интенсивность и вид их должны подбираться индивидуально с учетом состояния пациентки и ее физических возможностей.

Рекомендуется проведение индивидуальных мероприятий по психологической коррекции и психотерапии пациенток, их семьи и близких,

в том числе в дистанционной форме для профилактики развития постстрессовых расстройств, депрессии, патологических зависимостей и психосоматических нарушений. По словам российского психолога Любови Беляевой, в первую очередь необходимо найти круг людей, готовых оказать поддержку: *«Необходимо постепенно включать активный образ жизни. Но главное - не застревать в прошлом. Любая травма, а страх за свое здоровье - это тоже травма, откладывает на нас определенный отпечаток и может зафиксировать нас в этом негативном переживании. В таком случае вместо того, чтобы жить дальше, человек будет бесконечно возвращаться в эту ситуацию. Нужно не убежать от нее, а принять и, сделав выводы, перейти к следующему этапу своей жизни».*

Рекомендации для беременных

◆ **Начинать нужно с ходьбы.** Гуляйте и дышите свежим воздухом. Улучшение газообмена - это тоже реабилитация!

◆ **Правильно питайтесь!** Обращайте внимание на то, чтобы было достаточно калорий при частом (до 6 раз) и малыми порциями питании. В сумме за все приемы пищи необходимо, чтобы будущая мама получила до 3000 ккал, примерно 125г белка, 85г жиров и 375г углеводов. Дневной рацион беременной должен включать: 500-600г хлеба, картофеля, кукурузы, риса (простые углеводы); 500г овощей и фруктов; 500г молочных продуктов; 200-300г мяса и рыбы. Сладкое стоит заменить большим количеством клетчатки, что нормализует пищеварение и повышает эмоциональный фон.

◆ **Спать после болезни необходимо не менее 7 часов.** За 2-3 часа до сна проветрите спальню, замедлите свою физическую активность. Можно перед сном медленно прогуляться на свежем воздухе. Не обедайте перед сном, лучше завершите ужин за 1,5-2 часа до отхода ко сну.

◆ **Не используйте перед сном гаджеты,** не берите телефон в кровать, поскольку это вызывает перевозбуждение нервной системы.



◆ **Обратитесь за помощью к клиническим психологам**, если нужна психологическая поддержка. Все люди сейчас находятся в состоянии стресса - и переболевшие, и болеющие, и те, которые не болеют. Кислородное голодание может стать предпосылкой для развития тревоги, постстрессового расстройства, депрессии.

◆ **Контролируйте уровень витамина D в крови**, при его недостатке начните принимать прописанный врачом препарат в дополнение к продуктам питания.

◆ **Исключите курение и алкоголь, даже в малых дозах!**

Объективными признаками улучшения состояния по окончании курса реабилитации на этапах стационара, реабилитационного центра, поликлиники являются исчезновение клинических и параклинических проявлений заболевания, нормализация функциональных и иммунологических показателей.

Санаторно-курортное лечение

После достижения стойкого улучшения для полного восстановления здоровья пациенткам рекомендовано санаторно-курортное лечение на территории своей страны, которое оказывает благотворное влияние на исход заболевания, способствует повышению сопротивляемости и закаливанию организма благодаря правильному режиму, рациональному питанию, климатолечению, лечебной физкультуре.

Санаторно-курортное лечение при комплексном подходе позволяет достичь устойчивой ремиссии без угрозы прогрессирования заболевания и перехода его в более тяжелые формы. В условиях санатория имеется возможность улучшить проблемы не только с лёгкими, но и с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, костно-суставной, мочевыводящей систем и другими поражениями после перенесенной COVID-пневмонии.

Лечение должно быть комплексным, включающим как локальное воздействие на органы дыхания, так и общеукрепляющие мероприятия, что в



целом позволяет провести оздоровление организма. Природные факторы курорта ослабят, либо предотвратят прогрессирование болезни. Комплексное воздействие на организм позволит уменьшить число обострений заболеваний дыхательных путей и максимально улучшить показатели здоровья.

Основной метод лечения в санаториях - это **климатолечение**. Климатические факторы оказывают мощное терапевтическое воздействие и признаны сильнодействующими. Специально разработанные программы реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, сейчас широко используются в санаториях города-курорта Белокуриха. Кроме того, сотрудники кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета совместно с врачами санатория «Алтайский замок» (Белокуриха) для пациенток, страдающих фоновой соматической патологией на этапе планирования беременности, разработали специальную программу реабилитации, которая включает санаторно-курортные методики и использование фитокомплексов серии «Алфит».

Повторный курс реабилитации после перенесенной COVID-19 следует проводить спустя один год. Его проведение в более ранний период следует рассматривать, если резко снижаются физиологические функции или если есть дополнительные показания. ©

К сожалению, уже очевидно, что полностью остановить инфекцию мы пока не в силах, но в наших руках есть оружие - комплексная реабилитация пациентов с учетом тяжести перенесенного заболевания, фоновой патологии и отдаленных последствий.





Светлана Дмитриевна ЯВОРСКАЯ,

член Редсовета журнала, президент «Ассоциации акушеров-гинекологов» Алтайского края, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры;



Елена Александровна ЛЕВЧЕНКО,

ординатор кафедры;



София Андреевна КУНГУРОВА,

ординатор кафедры

- кафедра акушерства и гинекологии с курсом ДПО АГМУ

Лечение вульвовагинального кандидоза

По данным статистики, 75% женщин репродуктивного возраста переносят один эпизод неосложненного (острого) вульвовагинального кандидоза, 40-45% - отмечают два эпизода заболевания и более, у 10-20% - кандидоз имеет осложненное, часто рецидивирующее течение, требующее специальных диагностических и терапевтических мероприятий.

Начнем с определения, что же такое вульвовагинальный кандидоз. ВВК - это инфекционное поражение слизистой оболочки вульвы и влагалища, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Candida albicans является частью нормальной влагалищной микрофлоры у 20% женщин и не имеет клинических проявлений. Однако при определенных условиях «друг может оказаться врагом».

с антисептиками, с использованием спермицидов.

Вопрос о причинах формирования рецидивирующего ВВК не решен окончательно, так как рецидивирующие формы встречаются также у женщин, не имеющих вышеперечисленных факторов риска. Ведущее значение придают локальным иммунным нарушениям, обусловленным врожденными качествами эпителиоцитов влагалища.

Причина возникновения

Возникновению острой грибковой инфекции способствуют множество факторов:

▶ *эндокринные заболевания* (сахарный диабет, ожирение и другие);

▶ *медикаментозные факторы*: антибиотики широкого спектра (системного или местного применения) уничтожают не только вредоносные бактерии, но и полезные;

▶ *микроклимат с повышенной температурой и влажностью* является идеальными условиями для роста грибка. Это связано как с ношением тесной одежды, белья из синтетических тканей, так и с ежедневным применением гигиенических прокладок, с длительным использованием внутриматочных средств (особенно медьсодержащих), влагалищных диафрагм, с спринцеванием

На что следует обратить внимание

Несмотря на, казалось бы, типичную клинику: зуд и жжение, изменившийся характер выделений, - вероятность того, что это именно кандидоз, составляет не более 50%.

Медикаментозное лечение следует начинать только после лабораторного выявления возбудителя кандидоза. Это необходимо сделать или при первом появлении симптомов, или если они имеют рецидивирующее течение.

После того, как лечащий врач диагностирует наличие кандид в вагинальном содержимом и назначит лечение, необходимо строго следовать его указаниям. **Даже если симптомы вскоре исчезнут, необходимо довести курс лечения до конца!** Следует помнить, что полное купирование симптомов в большинстве случаев происходит через



2-3 дня, эрадикация возбудителей (их уничтожение) - через 4-7 дней.

При неосложненном ВВК (первые выявленный либо возникающий менее 4 раз в год) лечение осуществляется путем применения антимикотических препаратов интравагинально или per os (клотримазол, миконазол, флуконазол) в один этап.

Эффективность однократной дозы флуконазола 150мг и местного (интравагинального) лечения сопоставимы!

При осложненном (тяжелом) ВВК (выраженная эритема вульвы, отек, изъязвления, образование трещин слизистой вульвы и влагалища) следует увеличить длительность терапии, что позволяет улучшить клинический ответ, но не влияет на частоту рецидивов заболевания.

При рецидивирующем ВВК (возникновение симптомов заболевания более 4 раз в течение 12 месяцев) лечение осуществляется в два этапа. **Первый этап** направлен на купирование симптомов и эрадикацию возбудителя, **второй** - на профилактику рецидива (длительность терапии может достигать шести месяцев).

Вульвовагинальный кандидоз является частым «спутником» беременности, поэтому в этой ситуации нужно обратиться к гинекологу и не заниматься самолечением. Тактика зависит от тяжести процесса и срока беременности. Во время беременности не следует использовать пероральные препараты, есть ограничения и по ряду вагинальных антимикотических препаратов.

Почему это повторяется?

Несмотря на правильно назначенный и проведенный курс лечения кандидозного вульвовагинита, у некоторых пациенток симптомы заболевания полностью не исчезают, что может доставлять значительные неудобства. От 3 до 5% женщин страдают рецидивирующей формой ВВК.

Как избежать рецидивов

На сегодняшний день методов профилактики, способных полностью лик-



видировать данное заболевание, не существует. Однако возможно сократить количество рецидивов, **придерживаясь простых правил:**

- ◆ уменьшить в своем рационе питания сладкое (легкие углеводы);
- ◆ сократить необоснованное (самостоятельно назначенное) применение антибиотиков;
- ◆ проводить с помощью специалистов коррекцию соматических и гинекологических заболеваний;
- ◆ избегать ношения синтетического нижнего белья, предпочтение отдавать хлопковому белью;
- ◆ соблюдать правила личной гигиены, избегать использования мыла и антисептических средств, использовать средства для интимной гигиены, поддерживающих уровень естественной влагалищной среды (рН=4,5);
- ◆ в межрецидивный период для восстановления (поддержания) микробиоценоза влагалища можно использовать вагинальные пробиотики, содержащие лактобастерии.

Помните, что самолечение может скрыть симптомы, но не избавит от заболевания. Грамотно подобрать терапевтическую схему сможет только врач-гинеколог. Ответственное отношение к лечению и соблюдение мер профилактики является залогом успешного избавления от заболевания и предотвращения рецидивов!

Здоровья вам, милые женщины! ☺

Вульвовагинальный кандидоз - частый «спутник» беременности, поэтому при его возникновении нужно обратиться к гинекологу и не заниматься самолечением.



Чем опасна гемангиома

Часто случается, что малыш появляется на свет с меткой - ярко-красным или синеватым пятном. Иногда такое образование может появиться на теле чуть позже. Всё это гемангиома - доброкачественная сосудистая опухоль.

Главный внештатный детский специалист хирург министерства здравоохранения Алтайского края, кандидат медицинских наук, врач-детский хирург высшей квалификационной категории Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства **Дмитрий Сергеевич КАШИРИН** рассказал о том, что это такое гемангиома и всегда ли малышам требуется операция.

- Наш с вами разговор посвящен гемангиомам у детей. Предлагаю начать с основ и рассказать, что же это такое?

- Гемангиома относится к категории врожденных доброкачественных сосудистых опухолей. Практически всегда такие, как говорят, «отметины» закладываются внутриутробно. Чаще других встречаются *инфантильные гемангиомы*, которые обычно проявляются в возрасте до 4 недель и, как правило, прекращают свой рост к 6 месяцам, хотя пролиферация (разрастание ткани) может продолжаться до 12 месяцев. *Глубокие инфантильные гемангиомы* появляются позже и растут дольше.

Классификация гемангиом включает *капиллярные/поверхностные образования* (плоские или слегка возвышающиеся над кожей) от красного до бордового цвета или *кавернозные* (в виде подкожных выбухающих образований, цвет кожи над которыми либо не изменен, либо с синюшным оттенком). Встречается также *сочетание капиллярной и кавернозной гемангиомы* - комбинированный вариант.

Очень похожую клиническую картину имеет *пигментная гранулема* (или лобулярная капиллярная гемангиома). Хотя ее относят к сосудистым новообразованиям и часто принимают за инфантильную гемангиому, пигментная гранулема - всегда приобретенная, в ее патогенезе заложен воспалительный процесс.

- Почему они появляются у детей, каковы причины их возникновения?

- К факторам риска появления гемангиом относятся: недоношенность, низкий вес при рождении, многоплодная беременность, предлежание плаценты. Развитию гемангиом способствуют как внутренние (ангиогенные) факторы, так и внешние (тканевая гипоксия, нарушение эмбриогенеза). Также могут повлиять факторы внешней среды или заболевания женщины в период беременности.

Патогенез гемангиом остается не до конца понятным. В их основе лежит патологическая пролиферация эндотелиальных клеток с нарушением нормальной сосудистой архитектуры.

Гемангиомы - это опухоли не только наружной локализации: нередко их можно обнаружить и во внутренних органах, и на слизистых оболочках.

- Гемангиомы внутренних органов? Можно ли тогда сказать, что то, что мы видим, это только вершина айсберга?

- Да, гемангиомы - это не только внешние образования. Они могут затрагивать и внутренние органы. Считается, что если у ребенка пять или более прояв-



лений на коже, то вероятность гемангиом внутренних органов у него достаточно высокая. Именно поэтому при обращении к нам в отделение хирургии детей Алтайского центра охраны материнства и детства обращаются пациенты проводим ультразвуковое исследование и самого образования, и внутренних органов. По необходимости также выполняется МРТ.

Чаще всего от гемангиом страдает печень, но образования могут быть и в костях и головном мозге. Локализации самые разнообразные.

Есть еще такой момент. *Небольшая часть гемангиом подвержена инволюции*, то есть обратному развитию. И в связи с этим есть такое широко распространенное заблуждение, в том числе и у некоторых педиатров, что **до года гемангиому лечить не нужно - она якобы может сама пройти. Это в корне неверная позиция!** Потому что за это время маленькая горошинка на теле ребенка может увеличиться в несколько раз. Что уже представляет собой существенный косметический дефект или функциональные нарушения, которые будет сложнее исправить.

Поэтому я всегда повторяю и обращаю внимание: **если у по-**



ворожденного малыша вы заметили какое-то образование, обратитесь к специалисту!

Если гемангиома не была обнаружена в роддоме, то при первом посещении детской поликлиники в месячном возрасте, когда ребенка осматривают узкие специалисты (детский хирург, ортопед, уролог, невролог, офтальмолог), могут быть обнаружены все имеющиеся кожные и подкожные образования. Родители могут задать специалисту все интересующие вопросы: как дальше действовать, куда обратиться при необходимости для дальнейшего обследования и лечения.

- Есть ли статистика по гемангиомам?

Гемангиомы относятся к одним из самых частых доброкачественных опухолей у новорожденных детей. По статистике, они встречаются примерно у 5% младенцев. У девочек заболеваемость в 2-3 раза выше, чем у мальчиков. Также, по наблюдениям, сосудистая опухоль чаще возникает у недоношенных детей, при этом чем больше срок недоношенности, тем выше риски ее развития.

- Чем опасна гемангиома?

В большей части гемангиомы не опасны для жизни, но это *значительный косметический дефект*. Иногда у гемангиом бывают довольно *грозные осложнения*, такие как кровотечение, изъязвление, рубцевание, нарушение слуха и зрения, нарушение питания при гемангиомах на губах и в ротоглотке, обструкция дыхательных путей.

Гемангиомы могут изъязвляться, особенно поверхностные капиллярные. При травме могут кровоточить так сильно, что родителям бывает необходимо обращаться за медицинской помощью, поскольку кровь не удастся самостоятельно остановить. Заживает долго и с рубцеванием. Кроме того, в хирургии есть такое понятие как критическая локализация, к которой, прежде всего, относятся голова и шея. Это участки тела с обильным кровотоком, что стимулирует рост опухоли и снижает вероятность спонтанной регрессии (самоизлечения). Также это косметически важные зоны, что накладыва-



ет особую ответственность при выборе метода лечения.

- Какие бывают размеры гемангиом?

По-разному. Иногда - горошинка, а иногда - половина лица страдает. У нас был пациент, у которого половина лица и половина волосистой части головы была одна сплошная гемангиома. Этому ребенку нам удалось помочь с хорошим косметическим результатом. Не всегда размер опухоли определяет тяжесть состояния. Иногда образование небольшого размера доставит больше хлопот, чем громадное - из-за своей локализации, например на веке, месте роста ресниц, на носу, губе. Поэтому вопрос о раннем начале лечения стоит остро.

- Как лечатся гемангиомы и всегда ли их нужно оперировать?

Нет четкого алгоритма, позволяющего определить лучший метод и сроки лечения в каждом конкретном случае. Сначала надо определиться с тем, надо ли лечить в принципе и как именно - всё это решает доктор. *На выбор лечения влияют следующие факторы:* возраст пациента, фаза роста образования, локализация и размер опухоли, тяжесть осложнений и необходимость срочного вмешательства, возможность психологической травмы.

Если гемангиома не увеличивается, то и нет необходимости в срочном ее удалении. Вопрос не в воз-

Гемангиомы относятся к одним из самых частых доброкачественных опухолей у новорожденных детей. По статистике, они встречаются примерно у 5% младенцев. У девочек заболеваемость в 2-3 раза выше, чем у мальчиков.



За счастливое здоровое детство!

▶ расте, до которого можно наблюдать рост гемангиомы, а в ее состоянии. При начавшемся росте необходимо незамедлительно принять решение о методе и сроках лечения. Активно растущие гемангиомы и с локализацией, причиняющей дискомфорт, затрудняющие уход, такие как перинаральные, в области промежности, требуют активных действий от врача.

В настоящее время используются различные методы лечения: хирургический, деструктивные (криодеструкция, склеротерапия, лазерное лечение), медикаментозное.

Кавернозная гемангиома удаляется хирургическим путем. В редких случаях при сложной анатомической локализации прибегают к склерозирующей терапии. Метод заключается в введении склерозирующего препарата в ткань опухоли, что вызывает ее воспаление, разрушение и рубцевание изнутри. Недостатком данного метода является необходимость в повторных процедурах, так как из-за больших размеров образования не удается его разрушить за один прием.

Капиллярная гемангиома вполне успешно и с хорошим косметическим результатом лечится жидким азотом - выполняется так называемая криодиструкция. Грубо говоря, это локальное замораживание гемангиомы, которое вызывает ее разрушение. Сейчас этот метод активно и повсеместно используется. Так как гемангиома не содержит пигмента, после заживления раневой поверхности остается участок депигментации, который с возрастом становится малозаметным.

Сегодня во всем мире активно используется медикаментозная терапия гемангиом пропранололом. Особенно это касается обширных образований, косметически и анатомически сложных локализаций, где другие методы не приемлемы. Препарат относится к неселективным бета-адреноблокаторам. Предполагается, что в основе его действия лежит вазоконстрикция и подавление ангиогенеза. Несколько лет назад мы внедрили этот метод лечения в АККЦИОМД и успешно его применяем. Для нача-



ла лечения и подбора терапевтической дозы ребенок госпитализируется в отделение. Под контролем ЭКГ, Эхо-КГ, артериального давления в зависимости от веса ребенка подбирается доза препарата, которую ребенок будет получать амбулаторно в домашних условиях. Длительность лечения для получения стойкого эффекта - не менее 6 месяцев. Чем раньше начать лечение, тем будет выше эффективность лечения.

- Гемангиома не может переродиться в злокачественную опухоль?

- Это один из самых распространенных вопросов на приеме. Нет, такого не может случиться. Гемангиома - это своя, родная для организма ткань, которая пролиферирует, в онкологическом смысле она не опасна. Но вместе с тем еще раз хочу сказать, что нельзя откладывать визит к врачу. Гемангиома никогда не беспокоит ребенка, если она не осложненная, поэтому задача родителей и педиатров при обнаружении подозрительных пятен своевременно направить ребенка к специалисту. К сожалению, ни один из методов лечения не может гарантировать абсолютный косметический результат. Даже после инволюции гемангиомы на коже могут остаться телеангиэктазии (стойкое расширение мелких сосудов кожи), фиброно-жировая ткань, атрофия или рубец. Поэтому своевременное обращение за медицинской помощью может минимизировать косметический ущерб. ☺

Надежда Здорнова

В настоящее время используются методы лечения: хирургический, деструктивные (криодеструкция, склеротерапия, лазерное лечение), медикаментозное.



Вакцинация школьников в период эпидемии коронавируса

Вакцинация - тема непростая, она часто сопровождается дискуссиями и спорами. Возможно, пандемия COVID-19 немного изменила общее мнение о прививках, и все мы в итоге стали более осторожными.

Впереди учебный год, а значит, остается насущный вопрос всех родителей: нужно ли ставить плановые прививки во время коронавирусного карантина или же лучше отложить это мероприятие?

Прививки уже прочно вошли в нашу жизнь, как высокоэффективное средство профилактики опасных инфекционных заболеваний, которое имеет негативные последствия в виде осложнений.

Профилактические прививки - это метод иммунизации человека против определенных инфекционных заболеваний. Все профилактические прививки предполагают введение вакцины - иммунобиологического препарата. **Вакцина представляет собой ослабленные целые микробы - возбудители, части оболочек или генетического материала патогенных микроорганизмов, или же их токсины.** Данные составляющие вакцины вызывают специфическую иммунную реакцию, в ходе которой вырабатываются антитела, направленные против возбудителя инфекционного заболевания. Впоследствии именно эти антитела и обеспечивают защиту от инфекции.

Каждому ребенку к школьному возрасту рекомендуется иметь прививки против ряда инфекций: это, в частности, - коклюш, дифтерия, столбняк, корь, краснуха, паротит, гепатит В.

В России утвержден календарь прививок для детей и взрослых, действующий на территории всей страны (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.03.2014 года №125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря

профилактических прививок по эпидемическим показаниям»).

Для проведения вакцинации используют только зарегистрированные препараты отечественного или импортного производства, разрешенные к использованию.

В школе дети попадают в новую для себя среду: стресс, новое место, незнакомые учителя и дети вокруг, период адаптации после садика - всё это способствует понижению их иммунитета. В школе дети тесно контактируют друг с другом, а в таких условиях распространение инфекции происходит очень быстро. В этот период дети особенно подвержены риску развития инфекционных заболеваний и нуждаются в защите. Своевременная вакцинация помогает защитить ребенка, предотвращает пропуск школьных занятий. Есть ряд прививок, которые нужно делать обязательно, несмотря на сложности текущего момента.

Государственные организации, такие как детские сады и школы, явля-



Юлия Вячеславовна АГАФОНОВА,
 медицинская сестра
 школы, вторая
 квалификационная
 категория,
 КГБУЗ «Детская городская
 поликлиника №7,
 г. Барнаул»,
 член ПАСМП с 2016 года



Советы медицинской сестры

ются первостепенными учреждениями, в которых проводится профилактика вирусных заболеваний.

Профилактические прививки для школьников:

● **в 6 лет** - ревакцинация против кори, паротита, краснухи;

● **в 7 лет** - вторая ревакцинация против столбняка, дифтерии;

● **в 14 лет** - третье введение сыворотки против полиомиелита, столбняка и дифтерии.

Ежегодная вакцинация от гриппа в школьном учреждении носит лишь рекомендательный характер, но возможно только пока, так как заболевание гриппом может давать серьезные осложнения.

Основное время иммунизации - осень, перед началом простудного сезона, «отягощенного» в этом году COVID-19. Вакцинация позволяет детям не заболеть, либо переносить грипп максимально легко, без опасных последствий.

В этом году с целью профилактики гриппа используют вакцину «Совигрипп». Это инактивированная субъединичная трехвалентная вакцина - она содержит в своем составе три штамма вируса гриппа, является мало реактогенной (то есть хорошо переносится). **Вакцинация против гриппа должна проводиться ежегодно**, так как ее активные компоненты действуют 12 месяцев, поэтому очень важно прививаться каждый год - для формирования более стойкого иммунитета.

Стоит отметить, что в начале учебного года всем школьникам, кроме профилактических прививок обязательно проводится массовая иммунодиагностика, которая обеспечивает скрининг детского населения на туберкулез.

Для проведения иммунодиагностики применяется:

◆ **проба Манту с 2ТЕ ППД-Л**. Ее проводят один раз в год всем детям с 12-месячного возраста до 7 лет включительно;

◆ **проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (Диаскинтест)**. Проводится один раз в год всем детям с 8 лет до 17 лет включительно.

Имунодиагностические пробы, прежде всего, направлены на массо-



вое и доступное диагностирование серьезного заболевания - туберкулез.

Пробы, проводимые в школе, призваны отсеивать «подозрительные» случаи, чтобы позже направить ребенка для более детального обследования.

Хотя вакцинация детей - это добровольный выбор родителей, очень важно тщательно обдумать принимаемое решение. И если решение о постановке прививок будет принято, родители должны подписать соответствующий документ («Добровольное, информированное согласие на вакцинацию»). Если же родители против прививок, в этом случае оформляется документ с отказом от проведения прививок. Заполнение бланков разрешения или отказа в России является обязательным.

Так стоит ли делать плановые прививки в разгар эпидемии коронавируса? Однозначного ответа нет, но и категорического запрета на плановую вакцинацию детей пока не было. По совершенно понятной причине: если отказаться от прививок, то через 3-6 месяцев мы получим вспышки других заболеваний, в числе которых коклюш, пневмококковая инфекция, корь, краснуха, паротит, туберкулез и другие.

Даже в условиях эпидемии коронавируса вакцинация должна проводиться, но с соблюдением всех мер предосторожности.

Помните, что вакцинация - необходимое условие для здорового развития детей. ☺

В этом году для профилактики гриппа используют вакцину «Совигрипп» - инактивированная субъединичная трехвалентная вакцина, содержащая три штамма вируса гриппа. Она является мало реактогенной, то есть хорошо переносится.



Что такое флегмона и как ее лечить

Флегмона - это разлитое гнойное воспаление подкожной клетчатки, мышц. В отличие от абсцесса, который отграничивается от окружающих тканей пиогенной мембраной, флегмона может распространяться по клетчаточным пространствам за достаточно короткий промежуток времени.

Причина возникновения

Заболевание развивается вследствие внедрения в клетчатку микроорганизмов, вызывающих гнойную, гнилостную или анаэробную формы флегмоны. **Возбудителями флегмоны являются** гноеродные бактерии, особенно стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, кишечная палочка, анаэробы. Хронически протекающие флегмоны вызываются маловирулентными штаммами различной микробной флоры: стрептококки, стафилококки, пневмококки, дифтерийные и паратифозные палочки. Они проникают в клетчатку человека через ссадины, царапины, мацерацию кожи (реже гематогенно).

Признаки флегмоны

Признаки флегмоны такие же, как и у всех гнойно-воспалительных процессов. Это - *повышение температуры тела, слабость, недомогание, головная боль*. В месте развития воспаления отмечается *болезненность и припухлость*, возникают *боли при движении* и перемене положения тела. Со временем припухлость нарастает, кожа над ней краснеет и лоснится. При пальпации ощущается *болезненное уплотнение* без четких границ, неподвижное и горячее на ощупь. В зоне уплотнения можно определить *чувство размягчения* (наличие жидкости под кожей) или развитие свища.

Все попытки к движению конечностью резко болезненны, иногда развивается защитное постоянное сокращение мышц (контрактура).

В случае, если флегмона расположена глубоко, то пораженная конечность может заметно увеличиться в объеме. Также чаще всего *регионарные лимфатические узлы увеличены, плотные и болезненные при надавливании*. Такая клиническая картина формируется при локализации гнойного очага на конечностях, шее, голове, спине, то есть, видимых невооруженным глазом областях тела.

Частным случаем бывает **флегмона Фурнье** - стремительно прогрессирующая гангрена мошонки с образованием гнойно-некротического экссудата. Чаще всего она возникает на фоне декомпенсации эндокринных заболеваний (сахарный диабет) или бывает посттравматической.

Диагностика

Более затруднительна в диагностике флегмона в брюшной полости, брюшинном пространстве, полости грудной клетки, малом тазу. Для постановки диагноза таких флегмон используют **функциональные методы исследования**: ультразвуковое исследование, компьютерную томографию.

Для диагностики всех флегмон используют **результаты общего анализа крови, биохимического анализа крови и общего анализа мочи**.

Осложнения

Безусловно, само заболевание опасно, но гораздо опаснее его осложнения:

- ▶ венозный тромбоз,
- ▶ сердечная аритмия,
- ▶ абсцесс головного мозга,
- ▶ остеомиелит,



Татьяна Александровна СЕНЧЕНКО,
медицинская сестра
перевязочной, первая
квалификационная
категория, отделение
гнойной хирургии
КГБУЗ «Городская
больница №8,
г.Барнаул»,
член ПАСМР с 2015 года



Сахарный диабет и COVID-19. Что нужно знать врачу и пациенту



Инна Александровна ВЕЙЦМАН,
член Редсовета журнала, кандидат медицинских наук, врач-эндокринолог высшей квалификационной категории, доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии;



Наталья Сергеевна ШАБАНОВА,
студентка 5 курса лечебного факультета, староста кружка НОМУИС по эндокринологии;

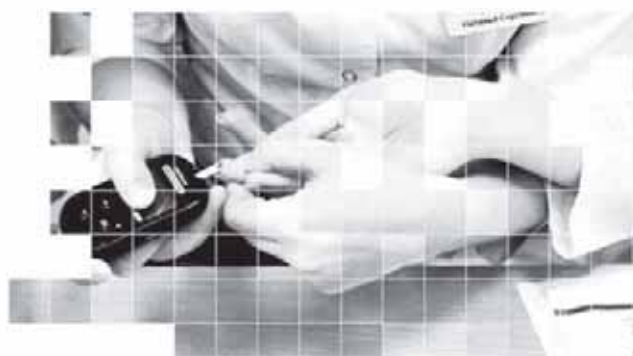
- Алтайский государственный медицинский университет

Новый вирус SARS-CoV-2 оказался настолько агрессивным, что количество заболеваний по миру продолжает расти и по настоящее время.

По результатам наблюдательных исследований, люди, страдающие хроническими заболеваниями, более подвержены риску тяжелого течения заболевания COVID-19, которое вызывает вирус SARS-CoV-2. Перед эндокринологами сегодня поставлены новые задачи - максимально оперативно проинформировать лиц с эндокринопатиями о рисках, которые потенциально может нанести их здоровью пандемия, о методах профилактики заражения и о тактике ведения лиц с эндокринопатиями в условиях возникновения заболевания, вызванного вирусом.

В развитии острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) вследствие инфекции COVID-19 основную роль играет **избыточный ответ иммунной системы со стремительно развивающимся цитокиновым штормом**, когда вырабатывается большое количество агрессивных биологически активных веществ, запускающих каскад системных поражений органов и тканей. Исследования показали, что тяжесть при COVID-19 ассоциирована в том числе с повышением уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Наличие у пациентов сахарного диабета способствует утяжелению течения COVID-19. Ухудшению прогноза при инфекционных заболеваниях у лиц с сахарным диабетом способствует снижение клеточного иммунитета, а также повышение выработки воспалительных цитокинов, особенно при ожирении. С другой стороны, вирусная инфекция вызывает повышение уровня глюко-



зы в крови, что также нарушает адекватный иммунный ответ.

По данным ряда анализов, **уровень гликемии является единственным устойчивым и наиболее ранним признаком развития полиорганной недостаточности у пациентов с COVID-19.**

Причины колебаний уровня глюкозы у пациентов с сахарным диабетом и COVID-19:

- ◆ нерегулярное питание,
- ◆ снижение физической активности,
- ◆ стрессовые состояния,
- ◆ возможный перерыв или нерегулярное применение пероральных сахароснижающих препаратов (ПССП) в изоляторах.

Поэтому **важно, чтобы пациенты поддерживали хороший гликемический контроль**, так как это может помочь снизить риски как инфицирования, так и тяжести заболевания. Также качественный гликемический контроль может снизить шанс вторичной бактериальной инфекции.

В зависимости от степени тяжести состояния у пациентов с COVID-19, страдающих сахарным диабетом, выделены следующие терапевтические принципы контроля глюкозы:



► **строгое соблюдение рекомендаций по ведению дневника самоконтроля и питанию, полученных от лечащего врача.** Это поможет достичь индивидуальных целевых показателей глюкозы крови;

► **соблюдение рекомендаций по сахароснижающей терапии для поддержания индивидуального целевого уровня глюкозы в крови.** Пациентам, имеющим сахарный диабет 2 типа, на пероральной терапии может потребоваться добавление инсулинотерапии (по согласованию с врачом), что снизит риск развития заболевания.

При первых симптомах простуды:

● **стоит контролировать сахар крови чаще.** Ухудшение общего состояния и повышение температуры может привести к повышению уровня глюкозы в крови;

● **помните, что при повышении температуры** вам может потребоваться **коррекция сахароснижающей терапии**, - необходимо связаться с врачом;

● **пациентам с сахарным диабетом 1 типа** при повышении уровня глюкозы крови выше 13-15 ммоль/л необходимо **определять кетоны в моче по тест-полоскам:** при положительном анализе обращаться к врачу;

● **лицам, получающим инсулинотерапию,** при повышении температуры может потребоваться **увели-**

чение дозы и дополнительные инъекции для поддержания нормального уровня глюкозы крови;

● **пейте больше жидкости.** Не употребляйте сладкие напитки;

● **ешьте чаще, маленькими порциями.** Избегайте легкоусвояемых углеводов за исключением случаев гипогликемии.

Профилактика COVID-19 при сахарном диабете

В НМИЦ эндокринологии (Москва) разработаны **памятки при COVID-19 для пациентов с сахарным диабетом.**

► **Строго соблюдайте рекомендации по ведению дневника самоконтроля и питанию, полученные от лечащего врача.** Это поможет вам достичь индивидуальных целевых показателей глюкозы в крови.

► **Соблюдайте рекомендации по сахароснижающей терапии.** Поддерживайте индивидуальный целевой уровень глюкозы в крови. Это поможет снизить риск развития заболевания.

► **Постарайтесь реже посещать общественные места.** По возможности реже пользуйтесь общественным транспортом, особенно в часы пик. Сократите посещение магазинов и торговых центров, МФЦ, банков.

► **Если вы заболели или почувствовали себя плохо** (не только в связи с простудными призна-



Анна Дмитриевна КУЗЬМИНА,
студентка 4 курса
лечебного факультета,
НОМУИС по
эндокринологии;



Максим Олегович УДАЛОВ,
студент 5 курса
педиатрического
факультета,
НОМУИС по
эндокринологии

- Алтайский
государственный
медицинский университет

Причина колебания уровня глюкозы у больных сахарным диабетом и COVID-19



ками, но и по другим проблемам со здоровьем, например, давлением), - не ходите в поликлинику, а **вызывайте врача на дом**.

► Если ваши близкие, знакомые вернулись из-за границы и у них появились признаки простуды, - **ограничьте с ними контакты** и настоятельно требуйте их обращения за медицинской помощью. Это поможет сохранить здоровье вам и вашим близким!

► Если вы заболели простудой, а среди ваших близких есть люди, которые выезжали за рубеж в последние две недели, **обязательно скажите об этом врачу!** Он назначит анализ на новую коронавирусную инфекцию.

► **Поддерживайте связь с помощью удаленных технологий:** телефон, интернет, социальные сети.

► **Запаситесь одноразовыми бумажными платочками.** При кашле и чихании прикрывайте ими рот и нос и **выбрасывайте салфетку сразу после использования.**

► **Тщательно соблюдайте рекомендации врача** по лечению имеющихся у вас хронических заболеваний.

► **Пользуйтесь влажными салфетками для дезинфекции.** Протирайте ими сумки, телефоны, книги и другие предметы, которые были вместе с вами в общественном транспорте.

► **Часто мойте руки с мылом.** Гигиена очень важна для вашего здоровья. Мойте их после возвращения с улицы, из общественных мест, после контактов с упаковками из магазинов, перед приготовлением пищи. *Не трогайте грязными руками лицо, рот, нос и глаза - так вирус может попасть в организм.*

ПОМНИТЕ! При первых симптомах недомогания **СРАЗУ** обратитесь к врачу, **обязательно укажите, что у вас сахарный диабет.** Время - ваш помощник! ☺

С доставкой до органа

Новый метод лечения сахарного диабета и других инсулиндефицитных состояний разрабатывают специалисты НИИ биомедицинских технологий и экспериментальной онкологии ПИМУ совместно с Институтом металлоорганической химии РАН.



Речь идет о технологиях выделения клеток поджелудочной железы у здорового человека, которые будут упакованы в специальные капсулы и доставлены в организм пациента с пораженным органом. Сложных хирургических манипуляций, в том числе трансплантации донорского органа, технология не потребует, также как и нет необходимости подавления иммунной системы. При минимальных рисках для здоровья микрокапсулы с островковыми клетками поджелудочной железы помогут избежать опасных последствий сахарного диабета, вернув уровень сахара крови к нормальным показателям.

К 2022 году специалисты рассчитывают оценить эффективность технологии на животных. В перспективе возможно открытие специализированной лаборатории по выделению клеток поджелудочной железы.

Пористый путь

Новый способ доставки лекарств разработали ученые из Сингапура. Они предлагают использовать для этого микропоры кожи, не прибегая к инъекциям и уколам.

Устройство из двух магнитов сжимает кожу, что приводит к кратковременному нарушению кожного барьера и образованию микропор, на которые наносится лекарство. Таким образом лекарства

распространяются намного легче, чем через уколы. Это подтверждают результаты экспериментов на мышах, которым таким образом доставляли инсулин. Количество лекарства, доставленного трансдермальным путем, было вполне сопоставимо с дозами, которые человек получает при использовании лечебного диабетического пластыря с микроиглами. Но у нового метода есть существенное преимущество: доставка лекарства происходит медленно, избавляя пациента от неприятных ощущений. Причем, скорость доставки инсулина можно корректировать, уменьшая время давления на кожу, чтобы растянуть время доставки, или увеличивая, чтобы лекарство поступило молниеносно. Возможно, разработка позволит пациентам отказаться от использования игл, сделает введение инсулина безболезненным и снизит риск развития гипогликемии.

Виновник диабета

Виновника в развитии диабета второго типа выявили ученые из Германии. Всё дело в **гормональном центре головного мозга, который отвечает в том числе за обменные процессы и выработку инсулина. Нарушения в его работе и приводят к развитию сахарного диабета.**

Ученые выявили ген, который управляет чувствительностью к глюкозе и инсулину. Их гипотезу подтвердили испытания и на мышах, и затем среди людей - носителей этого гена. Выявленный ген запускал производство специфического белка, а тот, в свою оче-



редь, воспалительные процессы в гипоталамусе - том самом гормональном центре головного мозга. В результате биохимических реакций повышалась чувствительность к инсулину. То есть носители этого гена - в группе риска по диабету.





На страже мужского здоровья



Мария Петровна ЛАРИОНОВА,
врач-уролог Центра
медицинского урологического «Академия
мужского здоровья»,
г.Барнаул

Знаменательное медицинское событие для Алтайского края и всего Сибирского региона - старт в 2018 году трехлетнего приоритетного регионального проекта «Мужское здоровье» на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница».

На момент открытия в 2018 году Центра медицинского урологического «Академия мужского здоровья» в Алтайском крае прием мужчин с заболеваниями мужской половой сферы вел всего один специалист, и спектр этих заболеваний ограничивался только бесплодием.

Со стартом проекта «Мужское здоровье» всё изменилось в лучшую сторону. Теперь у мужчин появилась возможность консультироваться по поводу любых заболеваний мочеполовой сферы. **В нашем Центре врачи-урологи занимаются проблемами мужского здоровья:**

- ▶ болезнь Пейрони,
- ▶ эректильная дисфункция,
- ▶ хронический простатит,
- ▶ преждевременная эякуляция,
- ▶ а также гормональным фоном пациента и прочими андрологическими вопросами.

Кроме того, мы обследуем и определяем тактику ведения пациентов с мочекаменной болезнью, доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и злокачественной опухолью предстательной железы.

Обращаемся к мужчинам: не стоит стесняться идти к врачу и проходить обследование, мы - союзники в борьбе с проблемами вашего здоровья! Обнаружив отклонения в состоянии своего здоровья: появи-



лись боли в надлобковой области или промежности, выделения из мочеиспускательного канала, ухудшение напора мочи, примесь крови в моче или другие жалобы, связанные с мочеполовой системой, - не бойтесь обратиться к специалисту за помощью.



Мы владеем новейшими технологиями, современным передовым оборудованием. Прием ведут высококлассные специалисты - **Роман Тофикович АЛИЕВ**, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Центра медицинского урологического «Академия мужского здоровья», и **Наталья Игоревна МУЗАЛЕВСКАЯ**, кандидат медицинских наук, врач-уролог высшей квалификации категории.

На амбулаторном приеме врач собирает жалобы со стороны пациента, полностью его осматривает. При необходимости проводится лабораторная диагностика и ультразвуковое обследование, после чего составляется индивидуальная программа лечения.

На сегодня у пациентов есть уникальная возможность помимо медикаментозного лечения получить еще и **физиолечение** на базе дневного стационара «Академии мужского здоровья». Квалифицированные специалисты задействуют специализированное оборудование для проведения элек-



трофореза, терапии локально-отрицательным давлением (ЛОД) и ударно-волновой терапии (УВТ). Для каждого пациента мы составляем индивидуальный протокол лечения: причем, стремимся не лечить болезнь, а вылечить человека. При болезни Пейрони используем лекарственный электрофорез: действуя непрерывным током на ткани, с помощью которого вводится лекарственное вещество. В терапии эректильной дисфункции незаменима ЛОД-терапия и УВТ.

Центр медицинский урологический «Академия мужского здоровья» предоставляет возможность провести **малоплазменные урологические операции** в стационаре краткосрочного пребывания на базе краевой клинической поликлиники. К таким операциям относятся:

- удаление атером кожи мошонки,
- кондилом,
- пластика короткой уздечки,
- обрезание крайней плоти (циркумпизио).

Замечу, что стоимость подобных операций в частном секторе оказания медицинской помощи достигает нескольких тысяч рублей, но теперь есть возможность обратиться и провести их в «Академии мужского здоровья» по полису обязательного медицинского страхования, то есть бесплатно.

Если пациент предъявляет жалобы на нарушение мочеиспускания, то для оценки скорости потока и объема выделенной мочи мы проводим **урофлоуметрию**. На основе полученных данных записывается график. Зачастую по скоростным параметрам этого процесса решается вопрос о необходимости замены терапии или проведения оперативного лечения при ДГПЖ. (При аденомах больших размеров проводится аденомэктомия открытым (трансвезикальным) или лапароскопическим путем; если объем предстательной железы не более 80см³, то можно провести эндоскопическую операцию - трансуретральную резекцию простаты.) Мы сотрудничаем с коллегами врачами-урологами из других медицинских учреждений, которые при необходимости направляют своих пациентов на эту диагностическую процедуру в наш Центр.



В настоящий момент в «Академии мужского здоровья» имеется всё необходимое для быстрого установления точного диагноза и индивидуального выбора лечения для мужчин всех возрастных групп.

Мы продолжаем работать в прежнем режиме, несмотря на сложную эпидемиологическую ситуацию в Алтайском крае. Теперь перед госпитализацией в круглосуточный стационар пациенту необходим отрицательный мазок на коронавирус, который действителен 7 дней (с момента забора).

Для профилактики коронавирусной инфекции у нас соблюдаются все меры защиты: измерение температуры на входе у пациентов и сотрудников, обработка помещений специализированными дезинфицирующими средствами каждые два часа, в комнате ожидания постоянно работают рециркуляторы воздуха с целью регулярного обеззараживания воздуха, в отсутствие людей - бактерицидные лампы.

Большинство обследований можно пройти бесплатно (по полису ОМС) за один день. Для того чтобы попасть на прием специалистов Центра медицинского урологического «Академия мужского здоровья», нужно обратиться в регистратуру Краевой клинической больницы и записаться напрямую, или позвонить по телефонам (3852) 689-767, (3852) 689-537. ☎

В Центре медицинском урологическом «Академия мужского здоровья» имеется всё необходимое для быстрого установления точного диагноза и индивидуального выбора лечения для мужчин всех возрастных групп.



Меланома кожи



Ирина Михайловна НИКОЛАЕНКО,
врач-онколог,
поликлиника «Надежда»
КГБУЗ «Алтайский
краевой онкологический
диспансер»

Современные эпидемиологические исследования четко установили стремительный рост заболеваемости меланомой кожи в разных странах, в том числе и в России, что позволяет рассматривать этот факт, как общую тенденцию в мире.

Меланома кожи - это злокачественное образование кожи, происходящее из пигментных клеток - меланоцитов, находящихся в эпидермисе (поверхностный слой кожи). Они определяют цвет кожи и отвечают за защиту от ультрафиолетового излучения.

Традиционно меланома кожи считается злокачественной опухолью с частую непредсказуемым клиническим течением. В то же время локальная меланома не является болезнью с однозначно плохим прогнозом. Стойкое излечение после хирургического иссечения первичного очага опухоли на ранних стадиях развития может быть достигнуто у 80-90% больных.

Одним из основных пусковых механизмов меланомы кожи считается воздействие ультрафиолетовой части спектра естественного солнечного света на кожу человека.

К факторам риска относятся:

▶ наличие фототипа кожи I-II; склонность к солнечным ожогам кожи, рыжие волосы, голубые глаза, светлая кожа;

▶ общее число доброкачественных меланоцитарных невусов на коже индивидуума, присутствие веснушек и лентиго (одна из форм нарушения пигментации кожи - образование пятен светло- и темно-коричневого цвета);

▶ наличие трех и более атипичных меланоцитарных невусов;

▶ три и более эпизода тяжелых солнечных ожогов кожи в течение жизни;

▶ семейное накопление случаев меланомы у близких родственников;

▶ механическое раздражение кожи;

▶ травма пигментных пятен и родинок;

▶ возраст (чаще молодой);

▶ пол;

▶ иммунодефицит.

Прогноз и тактика лечения зависят от глубины опухолевой инвазии, которую определяют при гистологическом исследовании фиксированного материала (а не замороженных срезов). Для постановки предварительно-

го диагноза нужна тотальная биопсия. Стадию заболевания устанавливают по гистологическим критериям Кларка и Бреслоу.

Уровни инвазии опухоли

Выделяют пять уровней процесса распространения опухолевых клеток:

I уровень: опухоль расположена в эпидермисе;

II уровень: опухолевые клетки проникают через базальную мембрану эпидермиса в сосочковый слой дермы;

III уровень: опухолевые клетки заполняют сосочковый слой дермы и достигают сетчатого слоя дермы, но не проникают в него;

IV уровень: опухоль захватывает сетчатый слой дермы;

V уровень: опухолевые клетки проникают в подкожную клетчатку.

Правильное определение уровня инвазии и толщины опухоли, а также характера поражения регионарных лимфоузлов является ключевым в распознавании прогноза болезни и главным ориентиром в планировании дополнительного профилактического лечения. Именно поэтому современное стадирование меланомы кожи по системе TNM не осуществляется дооперационно, а выполняется после ее удаления и последующего гистологического исследования.

Стадии заболевания

Для определения стадии заболевания необходимо оценивать уровень инвазии по Кларку и толщину опухоли по Бреслоу, наличие или отсутствие изъязвления поверхности новообразования (гистологические критерии), вовлечение регионарных (близко расположенных к новообразованию лимфатических узлов), наличие или отсутствие отделенных метастаз в другие органы.

Учитывая данные гистологических критериев и данные дополнительных методов исследования, выделяют следующие стадии заболевания:



● **pT1** - опухоль толщиной не более 1мм: *pT1a* - опухоль толщиной не менее 0,8мм без изъязвления, *pT1b* - опухоль толщиной 0,8мм или не более 1мм, с изъязвлением;

● **pT2** - опухоль толщиной более 1мм, но не более 2мм: *pT2a* - без изъязвления, *pT2b* - с изъязвлением;

● **pT3** - опухоль толщиной более 2мм, но не более 4мм: *pT3a* - без изъязвления, *pT3b* - с изъязвлением;

● **pT4** - опухоль толщиной более 4мм: *pT4a* - без изъязвления, *pT4b* - с изъязвлением.

Морфологические типы меланом

По клинико-гистологической классификации выделяют следующие **основные морфологические типы меланомы кожи**:

◆ поверхностно распространяющаяся меланома;

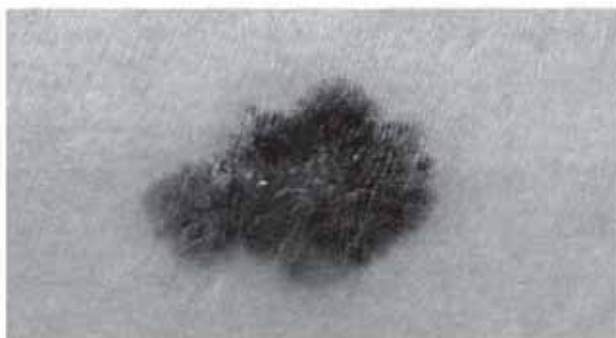
◆ узловая меланома;

◆ меланома типа злокачественного лентиго;

◆ акрально-лентигинозная меланома.

Поверхностно распространяющаяся меланома характеризуется относительно благоприятным прогнозом, что связано с присутствием двух фаз в ее развитии. *Фаза радиального роста* облада-

Поверхностно распространяющаяся меланома



ет низким потенциалом метастазирования (II уровень инвазии по Кларку) и может продолжаться в течение нескольких (до 10) лет. Фаза радиального роста, тем не менее, облигатно переходит в *фазу вертикального роста*, которая характеризуется инвазией клеток опухоли в ретикулярный и подкожно-жировой слои и высоким потенциалом метастазирования.

Узловая меланома в своем развитии проходит только *фазу вертикального роста*, обычно характеризуется инвазией опухолевых клеток в глубокие слои дер-

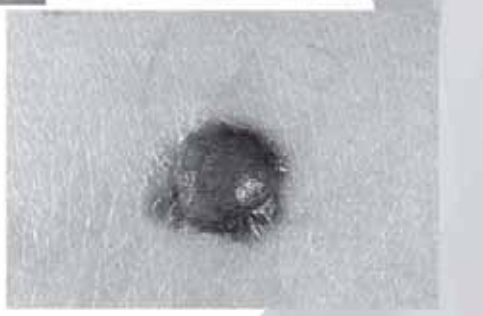
мы (III, IV и V уровни инвазии) и обладает значительно худшим прогнозом.

Меланома типа злокачественного лентиго в своей эволюции претерпевает двухфазность процесса, причем *фаза радиального роста* при этом типе опухоли может длиться 10, 20 и более лет. Условно можно выделить две стадии в фазе радиального роста при меланоме кожи типа злокачественного лентиго: первая стадия не является инвазивной и соответствует злокачественному лентиго-облигатному предраку; вторая стадия этого процесса знаменует собой начало *инвазивного роста* и переход злокачественного лентиго в меланому типа злокачественного лентиго.

Акрально-лентигинозная меланома чаще всего локализуется на коже ладоней и подошв, в области ногтевого ложа. По своим морфологическим особенностям она в значительной степени схожа с поверхностно распространяющейся меланомой и также имеет двухфазность развития: *фазы горизонтального и вертикального роста*. В то же время отмечено, что этот тип опухоли отличается более агрессивным характером течения, чаще и раньше метастазирует. В определенной степени этот факт объясняется тем, что



Узловая меланома



Победим свой страх!

← специфическая локализация затрудняет естественную визуализацию опухоли, и акральпо-лентигинозная меланома кожи в большинстве случаев диагностируется уже на стадии инвазивного роста.

Признаки озлокачествления новообразований кожи

Основными симптомами злокачественной трансформации новообразования кожи являются **любые изменения его размеров, формы и характера пигментации, наблюдаемые в течение одного или нескольких месяцев.** То есть *нужно обращать внимание на изменение размеров, формы, окраски, очертаний новообразования, на асимметрию, когда одна половина не похожа на вторую, на появление корок, кровоточивости, изъязвления, а также на появление зуда.*

Лечение меланомы кожи

Современные подходы к лечению меланомы различаются в зависимости от стадии заболевания:

I стадия - хирургический метод лечения,

II стадия - хирургический метод, адьювантное лечение (химиотерапия, иммунотерапия, таргетная терапия),

III стадия - хирургический метод, адьювантное лечение,

IV стадия - системное лечение (циторедуктивное, хирургическое).

Хирургический метод лечения остается ведущим для больных меланомой кожи с первичной опухолью и (или) регионарными метастазами.

Основные рекомендации по хирургическому иссечению первичной меланомы касаются границ отступа от опухоли. В настоящее время четко показано, что широкое иссечение (4-5см от краев опухоли) не улучшает ни непосред-



Меланома типа злокачественного лентиго



ственных, ни отдаленных результатов лечения. Общепринято, что для меланомы in situ адекватным является отступ 0,5-1см, при предполагаемой толщине опухоли до 1мм - отступ составляет 1см, при толщине опухоли 1-4мм - отступ составляет 2см. И лишь при первичных опухолях с выраженной инвазией (более 4мм толщиной) может быть рекомендован отступ, превышающий 2см.

В зависимости от стадии заболевания лекарственная терапия может представлять собой химиотерапию, иммунотерапию или таргетную терапию.

За последние годы достигнуты значительные успехи в изучении патогенетических основ развития меланомы, и сделан огромный шаг к выявлению новых потенциальных молекулярных мишеней.

Открытие молекулярной мишени BRAF и понимание ее роли в патогенезе меланомы легли в основу разработки нового класса препаратов - **низкомолекулярных ингибиторов мутированного фермента BRAF.** Наиболее распространенной (69-94% случаев) разновидностью BRAF-мутаций является V600E - замена валина на глутамин в 600-м кодоне. Использо-

вание этих препаратов позволяет блокировать патологически активированный сигнальный каскад, который запускается мутацией BRAF V600, и таким образом тормозит развитие опухоли.

В зависимости от стадии заболевания, распространенности процесса, наличия или отсутствия BRAF-мутации метод лечения выбирается индивидуально для каждого пациента.

Профилактика

Если на коже находятся пигментные новообразования, вам следует:

- **избегать** травматизации новообразований,
- **ограничить** воздействие на кожу химических и физических факторов,
- **избегать** пребывания на открытых солнечных лучах,
- **запрещается** принимать солнечные ванны,
- **при быстром росте** пигментного новообразования, изменении его окраски (потемнение), появлении кровоточивости - немедленно обратиться к врачу,
- **регулярно** (не реже одного раза в месяц) *осматривайте* свою кожу на предмет любых изменений или новообразований!



Чтобы солнце стало другом

Начнем с плюсов.

Солнце поднимает настроение.

В солнечные дни люди чувствуют себя лучше, энергичнее, повышается уровень серотонина в головном мозге, что связано с хорошим настроением.

Солнце лечит сезонные депрессии (сезонные аффективные расстройства). У некоторых людей недостаток солнечного света в зимнее время вызывает депрессивное состояние. К его симптомам относятся плохое настроение, проблемы в отношениях, перепады, усталость, сонливость. В теплое время года сезонная депрессия встречается реже.

Солнце снимает стресс. Каждый из нас испытывает стрессы по разным причинам. Снять стресс можно разными способами: например, с помощью физических упражнений, успокаивающих занятий, прогулок с собакой или просто прогулок на свежем воздухе в солнечную погоду.

Солнце улучшает сон. От того, как долго вы находитесь на солнце, зависит количество вырабатываемого в головном мозге мелатонина, который посылает сигнал мозгу о том, что пора спать. С наступлением темноты начинается выработка мелатонина, поэтому уже через пару часов вы сможете уснуть. Летом больше солнечного света, поэтому мы чувствуем себя бодрее. С развитием технологии мы больше находимся под искусственным освещением, при свете светодиодных, телевизионных экранов, экранов компьютеров (в том числе планшетов и мобильных телефонов). Следовательно, сейчас бессонница у людей возникает гораздо чаще, чем до появления этих устройств.

Витамин D. Благодаря ему поддерживается сила костей. Один из способов его получить - находиться под воздействием ультрафиолета на солнце: достаточно всего 15 минут, чтобы получить нужную дозу витамина D.

Но есть и минусы «общения» с солнцем.

Солнце вредно для глаз. Длительное пребывание под воздействием ультрафиолетовых лучей без защиты глаз может повредить сетчатку, внутреннюю оболочку глаза, где при помощи «палочек» и «колбочек» формируются зрительные образы, которые затем передаются в зрительные центры головного мозга. Повреждения, вызванные солнечным светом, могут привести к развитию мутных пятнышек по краю роговицы, которые затем разрастаются по всей роговице и нарушают четкость зрения. Ультрафиолет зачастую является фактором развития катаракты.

Перегрев. Перегрев, или тепловое истощение, - это ответ организма на избыточную потерю влаги и соли, обычно в связи с повышенным потоотделением. Перегрев могут получить люди, работающие в условиях с высокой температурой окружающей среды. Его симптомы: тепловой удар и солнечный ожог.

Солнечный ожог считается одним из самых распространенных отрицательных эффектов длительного пребывания на солнце. Его симптомы проявляются в полную

силу обычно через 4-5 часов нахождения на солнце. Причиной является ультрафиолетовый свет, воздействию которого мы подвергаемся, загорая на солнце или в солярии. К общим симптомам солнечного ожога относятся: покраснение, боль или чувствительность, опухание, отек, волдыри, гриппозные симптомы (тошнота, высокая температура, озноб или головная боль). Если при солнечном ожоге повысилась температура, обратитесь за помощью к врачу! Сильные ожоги причиняют боль и вызывают появление волдырей.

Тепловая сыпь. Она появляется на коже, когда потовые протоки под ней забиваются, мешая нормальному потоотделению. Тепловая сыпь часто появляется в жаркую, влажную погоду, представляет собой локальные высыпания в виде прыщиков или маленьких волдырей. Появляется она в складках кожи, на сгибе локтей, в области паха, на шее или верхней части грудной клетки. При появлении тепловой сыпи следует больше находиться в прохладных местах, чтобы не потеть, и стараться не мочить поврежденные участки кожи. Для облегчения симптомов тепловой сыпи лучше использовать присыпки, а не масла и крема. ▶



Победим свой страх!

Правила пребывания

на открытом солнце

● **Избегайте периодов пиковой солнечной активности** - между 12 и 16 часами, когда солнечные УФ-лучи наиболее сильны. Также интенсивность УФ-излучения значительно выше на большей высоте, в конце весенних и летних месяцев, ближе к экватору и при отражении от таких поверхностей, как снег, лед, вода, песок и бетон.

● **Оденьте подходящую одежду.** Идеальная одежда для защиты от солнца должна быть из плотных легких светлых тканей. Если ткань просвечивает, значит, УФ-лучи тоже имеют доступ к вашей коже! Рукава и брюки должны быть длинными, чтобы обеспечить кожу максимальной защитой. Если предпочитаете носить шорты, пусть они будут подлиннее и покрывают большую часть бедер. Футболки с воротником позволят защитить вашу шею от загара. Многие бренды указывают на этикетке одежды коэффициент UPF. Для повышенной защиты от солнца ищите одежду с рейтингом UPF 30 и выше.

● **Носите шляпу и солнцезащитные очки.** Шляпа должна иметь широкие поля - не менее 7см, чтобы защитить от солнца

лицо, шею и уши. *Солнцезащитные очки* должны иметь 100%-ную защиту от УФ-лучей. Не стоит полагать, что линзы с темной тонировкой обеспечивают более лучший уровень защиты. Многие линзы со светлой тонировкой обеспечивают защиту от УФ-В и УФ-А, о чем указано на этикетке. Облегающие солнечные очки значительно лучше обычных: они обеспечивают защиту от УФ-лучей для всех участков глаз, включая нежную кожу вокруг глаз и век. Блокируя 99-100% УФ-лучей, облегающие солнечные очки в значительной мере помогают предотвратить такие серьезные заболевания, как катаракту и меланому глаза.

● **Используйте солнцезащитный крем каждый день.** Наносить его надо на кожу за 20-25 минут до выхода. Выбирайте солнцезащитный крем с «широким спектром защиты» или «защитой от УФ-В (обжигают кожу) и УФ-А (которые проникают глубоко в кожу и приводят к солнечному старению кожи - фотостарению)».

Выбирайте крем с фактором SPF 15 и выше. Если у вас светлая кожа, возможно, вам стоит подобрать крем с SPF от 30 до 50. Наносите солнцезащитный крем на всё тело, включая такие наиболее часто пропускаемые области, как уши, затылок, губы, линию роста

волос и верхнюю часть ступней. Обязательно защищайте кожу: чем активнее солнце, тем выше должен быть SPF защитного крема. Используйте защитный крем перед тем как отправиться на пляж - за 10-15 минут до выхода из дома, а после купания повторно нанесите крем.

● **Самое лучшее время пребывания на солнце** - в утренние и вечерние часы. В период с 12 до 16 часов загорать не рекомендуется, так как солнце наиболее активно и опасно. Кроме того, в первый день отдыха не стоит злоупотреблять загаром - 15-20 минут вполне будет достаточно. В последующие дни время пребывания на солнце можно постепенно увеличивать до одного часа.

● Нужно помнить, что **от воды всегда идет отражение**, поэтому возможность обгореть, находясь на берегу, вырастает.

● **Наносите защитный крем, даже если вы отдыхаете под тентом.** Помните, что солнечные лучи отражаются от воды и песка, по этой же причине не следует загорать лежа на песке. Старайтесь загорать активно, например, во время игры в пляжный волейбол.

● **Перед принятием солнечных ванн не рекомендуется очищать тело мылом, наносить лосьон и любые парфюмерные средства.** Мыло прекрасно обезжиривает и сушит кожу, разрушая защитный слой, а лосьоны и парфюмерия повышают чувствительность к ультрафиолетовым лучам. Всё это может привести к образованию пигментных пятен.

● **Будьте аккуратны при приеме лекарственных препаратов,** некоторые из них усиливают фоточувствительность, поэтому находиться на солнце в таком случае не стоит.

Помните, что соблюдение профилактических мероприятий обеспечивает здоровье и красоту вашей кожи и снижает риск возникновения меланомы.

Здоровья вам и позитивного настроения! ☺





Рентген или КТ?



Сахарный диабет и COVID-19. Что нужно знать врачу и пациенту



Жизнь по расписанию



Десять шагов к здоровью школьника

На обложке: Дмитрий Сергеевич КАШИРИН, главный внештатный детский специалист хирург министерства здравоохранения Алтайского края, к.м.н., врач-детский хирург высшей квалификационной категории КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

В.В. Шевченко.

COVID-19. Всё, что нужно знать о коронавирусе 2-3

Борьба с туберкулезом под угрозой 4

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

В.Г. Колмогоров. Рентген или КТ? 5

М.П. Киприянова. Медики - всегда на передовой! 6-10

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

О.В. Ремнева. Реабилитация беременных после перенесенного COVID-19 11-13

Тибетская гимнастика для вечной молодости 14

Новости здравоохранения мира 15

ШКОЛА ОТВЕТСТВЕННОГО РОДИТЕЛЬСТВА

С.Д. Яворская, Е.А. Левченко, С.А. Кунгурова.

Лечение вульвовагинального кандидоза 16-17

ЗА СЧАСТЛИВОЕ ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО!

Д.С. Каширин. Чем опасна гемангиома 18-20

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ

Ю.В. Агафонова. Вакцинация школьников в период эпидемии коронавируса 21-22

Т.А. Сенченко. Что такое флегмона и как ее лечить 23-24

Новости здравоохранения России 25

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"

И.А. Вейцман, Н.С. Шабанова, А.Д. Кузьмина, М.О. Удалов. Сахарный диабет и COVID-19.

Что нужно знать врачу и пациенту 26-28

Где цифра, где бумага 29

АКАДЕМИЯ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

М.П. Ларионова.

На страже мужского здоровья 30-31

Нобелевские лауреаты-2020 32-33

Жизнь по расписанию 34

Десять шагов к здоровью школьника 35

ПОБЕДИМ СВОЙ СТРАХ!

И.М. Николенко. Меланома кожи 36-40

Здоровье за здорово живешь 41

Соленые vs кислые 42-43



Общественный Редакционный совет журнала



**Арсеньева
Нина Григорьевна**
заслуженный работник
здравоохранения РФ,
врач-офтальмолог высшей
квалификационной
категории



**Асанова
Татьяна Алексеевна**
к.м.н., заместитель главного
врача по организационно-
методической работе,
КГБУЗ "Алтайский краевой
клинический центр охраны
материнства и детства"



**Вейцман
Инна Александровна**
врач-эндокринолог высшей
категории, к.м.н., доцент
кафедры госпитальной
терапии и эндокринологии
АГМУ



**Вихлянов
Игорь Владиславович**
д.м.н., профессор,
главный внештатный
онколог министерства
здравоохранения Алтайского
края, главный врач
КГБУЗ "Алтайский краевой
онкологический диспансер"



**Ефремушкина
Анна Александровна**
д.м.н., профессор, главный
внештатный кардиолог
министерства здравоохранения
Алтайского края, профессор
кафедры терапии и общей
врачебной практики
с курсом ДПО АГМУ



**Козлова
Ирина Валентиновна**
к.м.н., главный редактор
краевого медико-
социального журнала
«Здоровье алтайской
семьи»



**Костромицкая
Марина Вячеславовна**
главный врач КГБУЗ
«ЦРБ с. Завьялово»



**Кравцова
Людмила Ивановна**
главный врач КГБУЗ
«Рубцовская ЦРБ»



**Лазарев
Александр Федорович**
д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой онкологии, лучевой
терапии и лучевой диагностики
с курсом ДПО АГМУ,
председатель комитета АКЗС
по здравоохранению и науке



**Миллер
Виталий Эдмундович**
к.м.н., доцент кафедры
пропедтики детских болезней
АГМУ, заведующий детским
консультативно-диагностическим
центром КГБУЗ "Алтайский
краевой клинический центр
охраны материнства и детства"



**Насонов
Сергей Викторович**
к.м.н.,
заместитель министра
здравоохранения
Алтайского края



**Плигина
Лариса Алексеевна**
Заслуженный работник
здравоохранения РФ,
почетный член
Профессиональной сестринской
ассоциации Алтайского края



**Ремнева
Надежда Степановна**
к.с.н., председатель Алтайского
краевого Совета женщин -
отделения Союза женщин России,
председатель Общественной
женской палаты при губернаторе
Алтайского края



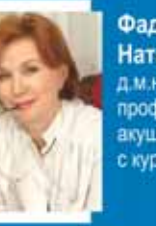
**Ремнева
Ольга Васильевна**
д.м.н., доцент,
заведующая кафедрой
акушерства и гинекологии с курсом
ДПО АГМУ



**Реуцкая
Елена Михайловна**
заместитель главного врача
по медицинской части КГБУЗ
«Краевая клиническая больница»



**Салдан
Игорь Петрович**
д.м.н., профессор



**Фадеева
Наталья Ильинична**
д.м.н., профессор,
профессор кафедры
акушерства и гинекологии
с курсом ДПО АГМУ



**Яворская
Светлана Дмитриевна**
д.м.н., доцент, профессор кафедры
акушерства и гинекологии с курсом
ДПО АГМУ,
президент «Ассоциации
акушеров-гинекологов»
Алтайского края

ЗДОРОВЬЕ

АЛТАЙСКОЙ СЕМЬИ

№10 (214) октябрь, 2020 г.



Лауреат Губернаторской премии
среди СМИ по итогам 2003 года



Почетная грамота
Союза журналистов России



Благодарность от Управления
Алтайского края
по физической культуре и спорту



Почетная грамота Правительства
Алтайского края, 2017 год

Выпуск издания (рубрика
"Национальный проект
"Здравоохранение") осуществляется
при финансовой поддержке
Федерального агентства по печати и
массовым коммуникациям.

Свидетельство о регистрации СМИ №ПМ-12-
1644 от 04.02.2003 г., выданное Сибирским
окружным межрегиональным
территориальным управлением Министерства
РФ по делам печати, телерадиовещания и
средств массовых коммуникаций.

Все товары и услуги подлежат обязательной
сертификации. Ответственность за
достоверность рекламной информации несут
рекламодатели. Мнение редакции может не
совпадать с мнением рекламодателя.

Время подписания в печать:
по графику - 14:00 26.10.2020 г.,
фактически - 14:00 26.10.2020 г.
Дата выхода: 02.11.2020 г.

Главный редактор - Ирина Валентиновна Козлова
(тел. 8-960-939-6899).

Ответственный редактор - Мария Юртайкина.

Компьютерный дизайн и верстка - Ольга Жабина, Оксана Ибель.

Учредитель-Издатель ООО «Издательство «Вечерний Новоалтайск - Добрый
день»: 658080, Алтайский край, г. Новоалтайск, ул. Обская, 3.
Тел. 8(385-32) 2-11-19. Адрес редакции: 658080, Алтайский край,
г. Новоалтайск, ул. Обская, 3. Тел. 8(385-32) 2-11-19.

Адрес работы с общественными представителями:
656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 56, тел. 8-902-141-79-83.
E-mail: nebolen@mail.ru. Группа ВКонтакте: <https://vk.com/nebolen>

Отпечатано в типографии ИП Назаров А.В.:
656049, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Чкалова, 228. Тел. (3852) 38-33-59. Печать
офсетная. Тираж - 4120 экз. Цена свободная.

Подписной индекс в каталоге АП "Алтай" - 73618
Подписной индекс в каталоге "Почта России" - ПР893

БЫСТРЫЙ ТЕСТ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНСУЛЬТА

29 октября

Всемирный день
борьбы с инсультом



Попросите улыбнуться:
при инсульте улыбка будет кривая -
одна сторона тела не слушается,
уголок губ опускается, а не поднимается.



**Пусть больной скажет своё имя
или любое простое предложение:**
если инсульт, то речь будет замедленна,
с запинками, как у пьяного.



Попросите высунуть язык:
если инсульт, то он будет кривой
и несимметричной формы
либо западёт на одну сторону.



Предложите поднять вверх руки:
рука с поражённой части
тела окажется ниже другой.



При внезапном появлении хотя бы
одного из симптомов инсульта
срочно вызывайте «Скорую помощь».
У Вас есть только 3 часа, чтобы
спасти жизнь больному.

Экстренный
вызов
МТС
Билайн
Мегафон

103

Что делать:



Уложить больного на высокие
подушки, подсунув их под плечи,
лопатки, голову (голова должна быть
приподнята над уровнем постели
примерно на 30 градусов)



Открыть форточку или
окно, обеспечив приток
свежего воздуха



Расстегнуть воротничок
рубашки, тугий ремень
или пояс, снять
с больного
стесняющую одежду



Измерить
артериальное
давление



При первых признаках
рвоты повернуть голову
больного набок - рвотные
массы не должны попасть
в дыхательные пути